

ADHERENCJA TERAPEUTYCZNA I SAMOOPIEKA W NIEWYDOLNOŚCI SERCA

Therapeutic adherence and self-care in patients with heart failure

Krzysztof Galiński

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: krzysztof.galinski@student.umw.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Niewydolność serca jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnej medycyny, obciążając pacjentów oraz system ochrony zdrowia. Pomimo postępów farmakoterapii i nowoczesnych technologii medycznych odsetek rehospitalizacji i śmiertelność pozostają wysokie. Jednym z kluczowych czynników wpływających na ten stan jest niewystarczająca adherencja terapeutyczna oraz niski poziom samoopieki.

Cel pracy. Analiza *adherence* i *self-care* u pacjentów z niewydolnością serca oraz wskazanie czynników wpływających na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, a także metod wspierających poprawę współpracy pacjenta z zespołem terapeutycznym.

Wnioski. Czynniki wpływające na adherencję mają charakter wielowymiarowy i obejmują uwarunkowania społeczne, ekonomiczne, systemowe, związane z chorobą, terapią oraz indywidualnymi cechami pacjenta. Kluczową rolę odgrywają: edukacja zdrowotna, indywidualizacja terapii, aktywne zaangażowanie chorego w proces leczenia, wsparcie społeczne oraz wykorzystanie narzędzi cyfrowych, takich jak teleopieka, przypomnienia elektroniczne i Internetowe Konto Pacjenta. Zwiększenie *adherence* i poziomu samoopieki może prowadzić do redukcji rehospitalizacji, poprawy jakości życia pacjentów oraz obniżenia kosztów opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: niewydolność serca, adherencja terapeutyczna, samoopieka, pielęgniarstwo, edukacja zdrowotna, e-zdrowie, teleopieka, opieka koordynowana, zachowania zdrowotne.

SUMMARY

Background. Heart failure is one of the most serious health challenges in modern medicine, placing a significant burden on both patients and healthcare systems. Despite advances in pharmacotherapy and medical technologies, hospitalization and mortality rates remain high. One of the key contributors to this problem is insufficient therapeutic adherence and a low level of self-care.

Objectives. The aim of the study is to analyze adherence and self-care in patients with heart failure, identify factors influencing compliance with therapeutic recommendations, and present strategies that support improved cooperation between patients and the therapeutic team.

Conclusions. Factors affecting adherence are multidimensional and include social, economic, systemic, disease-related, treatment-related, and patient-related determinants. The most effective interventions include health education, individualized treatment plans, active patient involvement in the therapeutic process, social support, and the use of digital tools such as telehealth, electronic reminders, and national patient portals. Improving adherence and self-care may reduce rehospitalization rates, enhance patients' quality of life, and decrease healthcare system costs.

Key words: heart failure, therapeutic adherence, self-care, nursing, health education, e-health, telecare, coordinated care, health behaviors.

WSTĘP

Na całym świecie, pomimo ciągłego wprowadzania innowacji farmaceutycznych i technologicznych, liczba chorych na niewydolność serca systematycznie wzrasta. Do głównych czynników pogarszających stan zdrowia należą choroby współistniejące, nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych, brak samokontroli oraz brak optymalnego leczenia. Wykazano, że niestosowanie się do zaleceń jest jedną z najczęstszych przyczyn zaostrzeń niewydolności serca.

EPIDEMIOLOGIA ADHERENCE I COMPLIANCE WŚRÓD OSÓB Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

Badania EVEREST pokazują, że około 24% chorych z niewydolnością serca w ciągu 30 dni po wypisie ze szpitala jest ponownie hospitalizowanych, pomimo stosowania terapii zgodnej ze standardami i kontynuacji leczenia we współpracy z zespołem multidyscyplinarnym. W wielu przypadkach rehospitalizacji można byłoby uniknąć dzięki sumiennemu przestrzeganiu zaleceń oraz współpracy z odpowiednio przygotowanym zespołem interdyscyplinarnym. Niewydolność serca występuje u około 2% dorosłej populacji w Europie, a u jednej na pięć osób w wieku 40 lat w dalszym życiu rozwinie się ta choroba. Według danych epidemiologicznych Polska nie odbiega od innych krajów – uważa się, że niewydolność serca występuje u 2–4% populacji, co oznacza, że liczbę chorych w Polsce należy szacować na 700 tys. do 1 mln osób [1, 2].

Analiza danych dotyczących wykupu recept wskazuje, że znaczna część leków przepisanych pacjentom nie jest realizowana – dotyczy to od 1/4 do 1/3 recept. Takie zachowanie określa się jako pierwotne nieprzestrzeganie zaleceń. Na podstawie tych danych nie wiadomo jednak, jaki odsetek pacjentów stosuje leki zgodnie z zalecanym dawkowaniem [2]. Przyjmując jako kryterium prawidłowego przestrzegania zaleceń przyjmowanie co najmniej 80% zaleconych dawek, szacuje się, że w chorobach przewlekłych około połowy chorych nie spełnia tego warunku [3].

Dane NFZ z 2016 roku wskazują, że roczne wydatki związane z leczeniem niewydolności serca wynoszą około 900 mln PLN, z czego blisko 90% stanowią koszty hospitalizacji. Oznacza to, że oprócz oczywistych konsekwencji zdrowotnych nieprzestrzegania zaleceń, niezwykle istotnym problemem są także wysokie koszty ponoszone przez państwo z tego powodu [4].

DEFINICJA ADHERENCE, COMPLIANCE ORAZ SELF-CARE

W praktyce terminy *compliance*, *self-care* i *adherence* często stosowane są zamiennie, co w piśmiennictwie może stwarzać trudności natury porównawczej. Efektywność współpracy między leczącym a leczonym określa się w literaturze anglojęzycznej m.in. za pomocą terminu *adherence to treatment*, który można tłumaczyć jako „adherencja terapeutyczna”.

Adherence oznacza świadomą i dobrowolną aktywność pacjenta w uzgodnionym procesie terapeutycznym. Oznacza to, że pacjent i lekarz wspólnie akceptują założenia terapii, a pacjent

ma możliwość oceny realizacji tych planów. W rezultacie chory przyjmuje leki zgodnie z zaleceniami oraz kontynuuje leczenie, mimo ewentualnej niechęci do stosowanej terapii. Definicja *adherence* związana jest z dwoma powiązаныmi ze sobą elementami: intensywnością dostosowania się do zaleceń oraz wytrwałością w postępowaniu zgodnym z ustaleniami. Według World Health Organization *compliance* i *adherence* określają stopień, w jakim pacjent dostosowuje się do przyjmowania leków, przestrzegania diety, zmiany stylu życia i w jakim stopniu plan terapeutyczny pozostaje zbieżny z ogólnie ustalonymi zaleceniami [5].

Self-care, czyli samoopieka, opisuje proces podejmowania przez pacjenta zachowań sprzyjających utrzymaniu dobrostanu fizjologicznego i psychicznego. Obejmuje ona zarówno działania profilaktyczne, jak i reagowanie na pojawiające się dolegliwości lub objawy oraz ich łagodzenie. Elementy samoopieki i przestrzegania zaleceń są ze sobą silnie powiązane – przestrzeganie zaleceń stanowi element samoopieki, ale nie jest jej synonimem. Prowadzenie przez pacjenta sumiennej samoopieki jest fundamentem skutecznego leczenia i dobrej współpracy z zespołem terapeutycznym. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje samoopiekę jako „osobistą opiekę zdrowotną”, której celem jest poprawa, przywrócenie zdrowia lub zapobieganie chorobom i ich leczenie [6].

Skuteczna samoopieka obejmuje zarówno konkretne zachowania zdrowotne, jak i nastawienie psychiczne pacjenta, poziom akceptacji choroby oraz zadowolenie z jakości życia. Osoby chore powinny mieć poczucie samoskuteczności i odpowiedzialności za własne zdrowie, co koreluje z wyższą jakością życia.

PRZYCZYNY NIEPRZESTRZEGANIA SAMOOPIEKI I ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych (*non-adherence*) odnosi się do sytuacji, w których pacjent nie stosuje się do zaproponowanego schematu leczenia farmakologicznego lub niefarmakologicznego. Problem braku właściwej samoopieki i nieprzestrzegania zaleceń należy do głównych wyzwań współczesnej medycyny. Szacuje się, że nawet połowa pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniami, co w konsekwencji obniża skuteczność terapii, pogarsza jakość życia i zwiększa koszty opieki zdrowotnej. Do najpoważniejszych konsekwencji zdrowotnych *non-adherence* należy zgon pacjenta [7].

Pacjenci mogą przejawiać brak adherencji w sposób intencjonalny i niezamierzony. O świadomym nieprzestrzeganiu zaleceń mówimy, gdy pacjent, w pełni świadomie, decyduje się na odstępnie od terapii, zmianę schematu dawkowania lub stosowanie leków niezgodnie z zaleceniami, np. z powodu negatywnych przekonań związanych z chorobą lub leczeniem. Postawa ta częściej dotyczy chorych, u których choroba początkowo nie powoduje istotnego pogorszenia jakości życia lub którzy niedawno rozpoczęli leczenie.

Niezamierzona nieadherencja występuje nawet sześć razy częściej niż intencjonalna i jest zwykle wynikiem zapomnienia o przyjmowaniu leków lub występowania barier, na które pacjent nie ma wpływu (np. ograniczenia poznawcze, fizyczne, problemy organizacyjne).

Zgodnie ze schematem WHO czynniki wpływające na współpracę terapeutyczną można podzielić na pięć grup:

- społeczne i ekonomiczne,
- związane z systemem opieki zdrowotnej,
- związane ze schorzeniem,
- związane z terapią,
- związane z pacjentem [8–10].

Następnie szczegółowo opisuje się:

- czynniki społeczne i ekonomiczne (ubezpieczenie zdrowotne, status socjoekonomiczny, wsparcie rodziny i otoczenia, stygmatyzacja choroby),
- czynniki systemowe (dostępność świadczeń, bariery w uzyskaniu recept, komunikacja lekarz–pacjent) [4],

- czynniki związane ze schorzeniem (niewielkie objawy, bezobjawowy przebieg, zaburzenia psychiczne, przewlekły charakter choroby),
- czynniki związane z terapią (działania niepożądane, brak odczuwalnej skuteczności, forma leku, schemat dawkowania, koszty leczenia) [4, 11],
- czynniki związane z pacjentem (cechy demograficzne, zaburzenia poznawcze, osobowość, poziom wiedzy, przekonania i postawy wobec leczenia) [4, 11, 12].

Podsumowując, według World Health Organization istnieje pięć grup czynników wpływających na przestrzeganie zaleceń: społeczne i ekonomiczne, dotyczące systemu opieki zdrowotnej, związane ze schorzeniem, terapią oraz z pacjentem [4, 13, 14].

METODY POPRAWY SELF-CARE ORAZ ADHERENCE

Obowiązujące prawo dopuszcza odstępnie od terapii w przypadku pacjenta, który nie stosuje się do zaleceń, jednak pomoc w poprawie *adherence* przynosi znacznie więcej korzyści zarówno choremu, jak i społeczeństwu. Dla personelu medycznego zwiększa to efektywność pracy i poczucie sprawczości [14].

Działania zmierzające do poprawy *adherence* i *self-care* można podzielić na kilka kluczowych obszarów:

- edukacja pacjenta,
- odpowiednia treść i forma zaleceń terapeutycznych,
- „przyjazna” dla pacjenta terapia,
- aktywny współudział pacjenta w terapii,
- budowanie satysfakcji z leczenia,
- wsparcie społeczne,
- stosowanie przypomnień,
- wykorzystanie aplikacji i narzędzi cyfrowych,
- poprawa dostępności wizyt lekarskich,
- poprawa komunikacji w zespole terapeutycznym [4, 8, 13, 15–17].

Edukacja pacjenta i rodziny jest najskuteczniejszym działaniem zapobiegającym niesystematycznemu leczeniu. Pacjent powinien rozumieć rozpoznanie, cel terapii oraz znaczenie zaleceń. Informacje należy przekazywać jasno, w sposób dostosowany do możliwości poznawczych chorego, i okresowo powtarzać [4, 13, 15].

Forma zaleceń powinna być prosta i przejrzysta – szczególnie pomocne są zalecenia pisemne w formie tabeli obejmujące nazwy leków, dawki, godziny przyjmowania, a także zasady samoopieki. Niezbędne jest upewnienie się, że pacjent zrozumiał i akceptuje zalecenia [4, 8, 16].

Przyjazna terapia oznacza m.in. minimalizowanie liczby przyjmowanych leków, stosowanie preparatów złożonych, leków o rzadkim dawkowaniu, wygodnej formie i opakowaniu, a także leków możliwie niedrogich i dobrze tolerowanych [4].

Aktywne włączenie pacjenta w proces terapeutyczny (np. samokontrola ciśnienia, masy ciała, objawów zatrzymania płynów) zwiększa poczucie kontroli i odpowiedzialności, a także ułatwia systematyczne przyjmowanie leków [4, 8, 17].

Wsparcie społeczne – zarówno ze strony rodziny, jak i personelu medycznego – wzmacnia motywację do leczenia. Warto angażować bliskich w proces terapii, zachęcać do korzystania z grup wsparcia oraz monitorować systematyczność leczenia [4].

Przypomnienia i technologie cyfrowe (alarmy w telefonie, organizery na leki, Internetowe Konto Pacjenta, systemy elektronicznej oceny przestrzegania zaleceń) pomagają ograniczyć problem zapomnienia i umożliwiają personelowi medycznemu analizę regularności realizacji recept. Wykazano, że omawianie z pacjentem wyników takiego monitorowania istotnie poprawia *adherence*. Regularne wizyty kontrolne połączone z oceną liczby wykorzystanych tabletek oraz edukacją chorego i jego otoczenia należą do kluczowych elementów poprawy *adherence* [18, 19].

WNIOSKI

Niewydolność serca pozostaje jednym z najistotniejszych wyzwań dla współczesnych systemów ochrony zdrowia, a brak adherencji terapeutycznej stanowi jedną z głównych przyczyn częstych rehospitalizacji i pogorszenia rokowania pacjentów.

Adherencja terapeutyczna i samoopieka są kluczowymi determinantami skuteczności leczenia, jednak ich poziom wśród pacjentów pozostaje niewystarczający. Szacuje się, że co najmniej połowa chorych nie stosuje leków zgodnie z zaleceniami, co wskazuje na konieczność wdrażania działań wspierających pacjentów na każdym etapie terapii.

Rola pielęgniarki jest fundamentalna w budowaniu kompetencji zdrowotnych pacjentów, wzmacnianiu ich motywacji oraz wspieraniu samoskuteczności. Nowoczesne pielęgniarstwo, zgodne z modelami WHO i ICN, opiera się na partnerskiej relacji z pacjentem, indywidualizacji opieki oraz edukacji opartej na dowodach naukowych.

Najważniejszym działaniem poprawiającym adherencję jest systematyczna, dostosowana do możliwości pacjenta edukacja zdrowotna, prowadzona przez różne elementy zespołu terapeutycznego, w szczególności przez pielęgniarki. Powtarzalność i różnorodność przekazu zwiększają skuteczność edukacji.

Stosowanie narzędzi e-zdrowia, takich jak aplikacje mobilne, przypomnienia SMS, teleopieka czy Internetowe Konto Pacjenta, stanowi współcześnie kluczowy element wspierający samoopiekę, zwłaszcza u pacjentów przewlekle chorych. Rozwiązania te umożliwiają monitorowanie terapii i szybką reakcję na problemy.

Wsparcie społeczne, rodzinne oraz profesjonalne znacząco zwiększa prawdopodobieństwo przestrzegania zaleceń, dlatego jego organizacja powinna stanowić integralny element opieki, szczególnie środowiskowej i koordynowanej.

Działania ukierunkowane na poprawę adherencji powinny mieć charakter interdyscyplinarny, obejmujący nie tylko pacjenta, lecz także jego otoczenie, personel medyczny i system organizacji świadczeń zdrowotnych. Zmniejszenie barier systemowych może znacząco poprawić wyniki leczenia.

Inwestowanie w poprawę *adherence* przynosi wymierne korzyści systemowe – redukuje liczbę hospitalizacji, obniża koszty leczenia niewydolności serca i poprawia jakość życia pacjentów. W kontekście zdrowia publicznego jest to jeden z najbardziej efektywnych kierunków działań.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autora.

Konflikt interesów: Autor nie zgłasza konfliktu interesów.

Bibliografia

1. Nessler J, Kozierekiewicz A, Gackowski A, et al. Coordinated heart failure care in Poland: towards optimal organisation of the health care system. *Kardiologia Pol* 2018; 76(2): 479–487.
2. Niewydolność serca w Polsce – raport 2016. Materiały informacyjne Sekcji Niewydolności Serca PTK [Internet]. Dostępny na URL: <http://www.niewydolnosc-serca.pl/barometr.pdf>.
3. Nessler J, Zalewski J, Kozierekiewicz A, et al. Projekt programu kompleksowej opieki nad chorymi z niewydolnością serca (KONS). *Kardiologia Inwazyjna* 2018; 13(6): 10–17.
4. Gaciong Z, Kardas P, red. *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych: od przyczyn do praktycznych rozwiązań: podręcznik dla lekarzy i studentów kierunków medycznych*. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy; 2015.
5. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I. Stosowanie się do zaleceń terapeutycznych w niewydolności serca. *Choroby Serca Naczyni* 2016; 13(3): 227–234.
6. Kubica A, Grzešk G, Sinkiewicz W, i wsp. Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii. *Folia Cardiol Excerpta* 2010; 5(2): 54–57.
7. Gorostowicz A, Wasik A, Krupa A, et al. Compliance among patients with depressive and anxiety disorders. *Psychiatr Psychol Klin* 2019; 19(2): 177–187.
8. Jankowska-Polańska B, Kuśnierz M, Dudek K, et al. Impact of Cognitive Function on Compliance with Treatment in Heart Failure. 2017 Feb 28. Dostępny na URL: <https://zenodo.org/record/400294> [cyt. 07.12.2025].
9. Seid MA, Abdela OA, Zeleke EG. Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients. From the patients' point of view. *PLOS ONE* 2019; 14(2): e0211768.
10. Toukhsati SR, Driscoll A, Hare DL. Patient Self-Management in Chronic Heart Failure – Establishing Concordance Between Guidelines and Practice. *Card Fail Rev* 2015; 1(2): 128.
11. Kardas G, Zborowska A, Uchmanowicz I. Wpływ lęku i depresji na jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Wsp Piel Ochr Zdr* 2015; 4(1): 9–12.
12. Kłoczek M, Czarnecka D. Jakość życia kobiet z przewlekłą niewydolnością serca. *Prz Lek* 2016; 73(6): 435–438.
13. Kolasa J, Maciejewski C, Zych A, i wsp. Rola edukacji zdrowotnej u chorych z niewydolnością serca. *Folia Cardiol* 2019; 14(3): 252–257.
14. Róin T, Á Lakjuni K, Kyhl K, et al. Knowledge about heart failure and self-care persists following outpatient programme – a prospective cohort study from the Faroe Islands. *Int J Circumpolar Health* 2019; 78(1): 1653139.
15. Krzemińska S, Borodzicz-Cedro A, Arendarczyk M. Wpływ edukacji na jakość życia i ponowne hospitalizacje u chorych z niewydolnością serca. *Pielęg Zdr Publ* 2011; 1(1): 57–64.
16. Lelonek M. Niewydolność serca – okres okołowypisowy kluczowym elementem postępowania. *Folia Cardiol* 2018; 13(4): 371–377.
17. Lovell J, Pham T, Noaman SQ, et al. Self-management of heart failure in dementia and cognitive impairment: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord* 2019; 19(1): 99.
18. Van Heuckelum M, Van Den Ende CHM, Houterman AEJ, et al. The effect of electronic monitoring feedback on medication adherence and clinical outcomes: A systematic review. *PLOS ONE* 2017; 12(10): e0185453.
19. Vervloet M, Linn AJ, van Weert JCM, et al. The effectiveness of interventions using electronic reminders to improve adherence to chronic medication: a systematic review of the literature. *J Am Med Inform Assoc* 2012; 19(5): 696–704.

Adres do korespondencji:

Krzysztof Galiński
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784 18 24
E-mail: krzysztof.galinski@student.umw.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.10.2024 r.

Po recenzji: 22.11.2024 r.

Zaakceptowano do druku: 27.11.2024 r.