

Ako zlepšiť adhérenciu dospelého pacienta k liečbe dyslipoproteinémie, edukácia sestrou

^{1,2}**PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH**

²**MUDr. Ahmadullah Fathi**

¹*Predsedníčka Odbornej sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentek SKSaPA*

²*Všeobecná ambulancia pre dospelých Svit*

Abstrakt

Dyslipoproteinémia (DLP) patrí medzi závažné rizikové faktory kardiovaskulárnych (KV) ochorení a ak sa pacientovi nedostane včasnej pomoci v podobe primárnej prevencie, následky by mohli byť v budúcnosti až život ohrozujúce. Cieľom liečby u pacienta s DLP je znížiť riziká odvrátiteľných úmrtí na choroby obehovej sústavy nefarmakologickými opatreniami (zdravý spôsob života) a medikamentóznou liečbou. Kľúčovou úlohou sestry je edukovať pacienta s DLP o nefarmakologických opatreniach, o zdravom spôsobe života, ako správne pacienta motivovať (aby pacient liečbu akceptoval a zotrval v liečbe) a zvýšiť mieru adhérencie k lekárom naordinovanej farmakoterapii. Autori sú presvedčení, že v manažmente pacienta s DLP má cieleňá edukácia nezastupiteľné miesto.



Kľúčové slová

Dyslipoproteinémia. Edukácia dospelého pacienta. Kľúčová úloha sestry. Motivácia dospelého pacienta. Zdravý spôsob života. Zvýšenie miery adhérencie.

Úvod

Podľa dostupných údajov má Slovensko vysokú úmrtnosť na odvrátiteľné úmrtia. Ako uvádza dokument *State of Health in the EU – Slovensko – Zdravotný profil krajiny 2019*, rizikové faktory správania zapríčiňujú polovicu všetkých úmrtí na Slovensku.* DLP patrí medzi rizikové faktory chorôb obehovej sústavy (CHOS), všeobecne sa považuje za vysoko preventabilnú a DLP spôsobené úmrtia za odvrátiteľné. Podľa štúdie DA VINCI¹ ktorá ukázala, že len 54 % (95 % CI 52 % – 56 %) pacientov dosahuje hodnoty LDL-cholesterolu na základe stanovených cieľov podľa odporúčaní pre manažment dyslipidémii Európskej kardiologickej spoločnosti (ESC) a Európskej spoločnosti pre aterosklerózu (EAS) z roku 2016. Pri prepočítaní na najnovšie (prísnejšie) odporúčania z roku 2019 podiel pacientov, ktorí dosahujú cieľové hodnoty LDL-cholesterolu, klesol na 33 % (95 % CI 32 % – 35 %).²

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje ako chronické ochorenie také, ktoré má dlhé trvanie,

všeobecne pomalú progresiu a je hlavnou príčinou chorobnosti a úmrtnosti dospelých ľudí na celom svete. Ako uvádza WHO, v roku 2008 zomrelo na celom svete 57 miliónov ľudí, z toho 36 miliónov pre chronické ochorenia.³ Redukovať rizikové faktory chronických ochorení z dlhodobého hľadiska si dala za cieľ Aliancia NCD (NCD Alliance – Non-Communicable Disease Alliance). Ide o medzinárodnú iniciatívu, ktorá si dala za cieľ prispieť k zníženiu úmrtnosti na chronické ochorenia do roku 2025. Aliancia úzko spolupracuje s WHO a Organizáciou spojených národov (OSN) a na Slovensku pôsobí Slovenská aliancia pre chronické ochorenia (SACHO). Vďaka účasti sestier v starostlivosti o pacientov s DLP sa očakáva zlepšenie preventívnej zdravotnej starostlivosti, ako aj zníženie ukazovateľa odvrátiteľných úmrtí.

Čo je dyslipoproteinémia?

DLP sú metabolické ochorenia charakterizované kvantitatívnymi a/alebo kvalitatívnymi zmenami lipidov a lipoproteínov v plazme, ktoré sú spôsobené poruchou ich syntézy a/alebo ich odbúravania. Predstavujú veľkú skupinu ochorení, ktoré sú jednými z najvýznamnejších rizikových faktorov rozvoja aterosklerózy (AS), čo je progresívne, zápalovo-degeneratívne ochorenie charakterizované vytvorením AS plátu, ktorý môže viesť až k ruptúre a tvorbe trombu s obturáciou (znepriechodnenie) lúmenu cievy.⁴

Význam adherencie k liečbe

Mnohé štúdie preukázali, že pacienti vydržia pravidelne užívať antihypertenzíva len pomerne krátky čas. Po dvoch rokoch užíva lieky len 50 % pacientov a adherencia v ďalších rokoch postupne klesá.⁵ Podľa dostupných údajov má Slovensko v súčasnosti vysokú úmrtnosť na odvrátiteľné úmrtia. Za odvrátiteľné úmrtia sa považujú tie, ktorým sa môže predísť včasnou a efektívnou liečbou. Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou je hlavným ukazovateľom stavu zdravotníctva v krajine. Ako vyplýva zo záverečnej správy druhej revízie výdavkov na zdravotníctvo, na ktorej spolupracovali ministerstvá financií a zdravotníctva, slovenská miera odvrátiteľnej úmrtnosti, ktorá je 168 úmrtí na 100-tisíc obyvateľov, je vyše dvojnásobok priemeru krajín EÚ 15 s priemerom 76 úmrtí. Je tiež vyššia ako priemer krajín V 3, a to 145 úmrtí. Cieľom vlády je podľa záverečnej správy znížiť úmrtnosť odvrátiteľnú zdravotnou starostlivosťou na úroveň krajín V 3 do roku 2025.⁶ Hlavným problémom zvýšenej úmrtnosti na odvrátiteľné ochorenia je nedostatočná informovanosť populácie o odvrátiteľných rizikách preventabilných ochorení. Ako uvádza INEKO: „*Zlé výsledky Slovenska najmä v preventabilných diagnózach podčiarkujú nedostatky vo vzdelávaní a prevencii. Rizikovým správaním sa totiž svoje zdravie ohrozuje stále prveľá občanov SR*“.⁷

Pre manažment chronických ochorení je adherencia k farmakologickej a nefarmakologickej liečbe kľúčová. Viaceré štúdie potvrdzujú, že intervencie v tejto oblasti v podobe edukácie pacienta zlepšujú výsledky tak v redukcii očakávaných komplikácií, ako i odvrátiteľných úmrtí. Aj v súčasnosti mnohí odborníci na základe predsudkov pripisujú nízku adherenciu k medikácii pacientovi.⁸ WHO významne prispela k pochopeniu adherencie tým, že presadzovala adherenciu ako multidimenzionálny jav riadený súhrou piatich súborov faktorov, ktoré sú tiež známe ako „dimenzie“. Týchto päť dimenzií zahŕňa **socioekonomické faktory, faktory súvisiace s pacientom, faktory súvisiace s klinickým stavom, faktory súvisiace s liečbou a faktory súvisiace so systémom zdravotnej starostlivosti**.⁹ Vo väčšine štúdií sa považuje adherencia pacienta užívajúceho medikáciu viac ako na 80 % za úplnú, čiastočnú tvorí 50 – 70 % užívania medikácie, non-adherencia je užívanie 0 – 50 % predpísaných liekov.⁸ WHO identifikovala non-adherenciu ako zásadný problém zdravia populácie, dôležitý a modifikovateľný faktor, ktorý znižuje účinnosť liečby, negatívnym spôsobom poznamenáva zdravotný stav populácie a znamená výrazný vzostup nákladov.¹⁰

Kľúčová úloha sestry pri nefarmakologických opatreniach u dospelého pacienta s DLP

V prevencii KV chorôb je zásadná skorá identifikácia rizikových faktorov a včasné začatie ich kompenzácie. Je potrebné si uvedomiť, že výskyt modifikovateľných KV rizikových faktorov nie je doménou vysokého veku.¹¹ Správnym manažmentom DLP môžeme dosiahnuť najväčšiu pozitívnu modifikáciu KV rizika, čo potvrdzujú aj závery štúdie INTERHEART.¹²

Cielenou intervenciou zameranou na negatívny dopad DLP môžeme zabrániť vzniku predčasných aterosklerotických zmien. Edukácia má nezastupiteľné miesto pri zmene vnímania a správania sa u jednotlivcov, rodín či komunit pri podpore, udržiavaní zdravia a predchádzaní chorôb. Klinická prax potvrdzuje, že edukovaný pacient má lepšiu compliance (súlady s odporúčaniami), adhérenciu a perzistenciu (vytrvalosť) k liečbe.¹³ Intervencia v podobe edukácie pacienta kompetentným zdravotníckym pracovníkom je kľúčovým faktorom na zlepšenie adhérencie pacienta. „Nedostatočná adhérenca totiž nielenže zvyšuje jeho chorobnosť, ale v konečnom dôsledku aj ovplyvňuje ekonomický dosah liečby“.¹⁴

Edukácia dospelého pacienta s DLP

Edukáciu dospelého pacienta s DLP je potrebné zamerať na tri piliere liečby (**Tabuľka 1**). V ambulancii sa edukácia uskutočňuje individuálnou formou odovzdávania konkrétnych informácií a je prispôbena aktuálnemu psychickému, emocionálnemu a motivačnému stavu pacienta. Starostlivosť o dospelého pacienta s DLP sa začína motiváciou pacienta k dodržiavaniu liečebného režimu a vybudovaním dobrého terapeutického vzťahu medzi L/S a pacientom. Efektívny manažment dospelého pacienta s DLP pozostáva z edukácie, ktorá je dôležitým nástrojom liečby.¹⁵

Tabuľka 1.: Tri piliere liečby DLP

1. Nefarmakologické opatrenia, na základe ktorých je možné naučiť pacienta zdravému spôsobu života. Pozostávajú z diétnych opatrení a veku a zdravotnému stavu primeranej pohybovej aktivity.
2. Bezpečná a dobre tolerovateľná farmakoterapia na základe ordinácie lekára. Medikamentózna liečba môže byť iniciálna alebo pokračujúca.
3. Adhérenca k liečbe, ktorú ovplyvňujú faktory ako stav motivácie pacienta s DLP, možné vedľajšie alebo nežiaduce účinky liekov, dávkovacia schéma, doplatok za lieky, celkový zdravotný stav (pridružené ochorenia pacienta s DLP).

Tabuľka 2.: Príklad argumentov, prečo je dôležité kontrolovať hladinu cholesterolu a tukov v krvi (upravené podľa 15)

Dlhodobovo zvýšená hladina cholesterolu v krvi môže spôsobiť vážne zdravotné problémy. Cholesterol sa usádza na stenách tepien a znižuje ich priechodnosť. Výsledkom sú závažné komplikácie – srdcový infarkt, mozgová porážka, neprekrvené dolné končatiny, postihnutie obličiek, poruchy erekcie u mužov.
Jedna tretina všetkých prípadov ischemickej choroby srdca je zapríčinená vysokou hladinou cholesterolu.
Odhaduje sa, že zvýšená hladina cholesterolu spôsobuje celkovo 2,6 milióna úmrtí.

Zo strany kompetentných zdravotníckych pracovníkov je pre dobrú adhérenciu a compliance pacienta dôležité vyvarovať sa odbornej terminológii, neposkytovať veľké množstvo informácií súčasne bez overenia si, či pacient porozumel, rýchle rozprávanie, ale aj to, ak neberie lekár, sestra do úvahy psychický a zdravotný stav, ako aj intelektové schopnosti pacienta. Mnohí odborníci sa domnievajú, že pacienti majú tendenciu si dávky liekov znižovať. Dôležité je pacienta upozorniť, kedy má lieky užívať a ako. Aj nevhodná gramáž môže znížiť adhérenciu k liečbe. Použitie správnych recenzovaných argumentov je súčasťou edukačného procesu.

Ako zvýšiť mieru adhérencie pacienta s DLP

Vzhľadom na to, že adhérenca je jedným z faktorov rozhodujúcich o účinku liečby, je potrebné jej venovať rovnakú pozornosť ako preukázanej účinnosti jednotlivých prípravkov. Ovplyvnením adhérencie môžeme zásadným spôsobom zmeniť účinnosť liečby, a tým jej celkový výsledok.¹⁴ Na zvýšenie adhérencie pacienta je okrem motivácie a dobrého terapeutického vzťahu nevyhnutné:

Tabuľka 3.: Zlepšenie adherencie (upravené podľa 15)

1. Poučiť a edukovať pacienta o nozologickej jednotke s cieľom prehĺbiť jeho vedomosti, ktoré vedú k akceptácii ochorenia (predpokladá sa, že edukovaný pacient je motivovaný, aby zotrval v liečbe).
2. Poučiť pacienta o navrhovanom ďalšom diagnosticko-liečebnom postupe, o možnosti výberu liečby s prihliadnutím na denné aktivity pacienta.
3. Uistiť pacienta, že pre diagnózu a diferenciálnu diagnostiku boli urobené všetky dostupné vyšetrenia podľa štandardných postupov a medicínskej praxe na Slovensku.
4. Poučiť pacienta o farmakologických a nefarmakologických postupoch liečby s cieľom získať informovaný súhlas, príp. informovaný nesúhlas pacienta.
5. Pacient by sa nemal pasívne podrobiť predpísanému spôsobu liečby odborníkmi, ale aktívne sa zaujímať o spôsob liečby, zároveň by mal prevziať spoluzodpovednosť pri rozhodovaní o zdravotnej starostlivosti (konkordancia: zapojenie pacienta do rozhodovania s cieľom zlepšiť compliance pacienta s lekárskeym poradenstvom).
6. Zaradiť pacienta do edukačného programu so zámerom prehĺbiť vedomosti a zručnosti v súvislosti s manažmentom ochorenia a odstránením ďalších rizikových faktorov CHOS.
7. Jasne formulovať želanie pacienta v procese liečby formou dohody, podporiť pacienta (motivačná stratégia).
8. Zjednodušiť dávkovaciu schému liečby (preferovať fixné kombinované prípravky).
9. Preverovať možné vedľajšie a nežiaduce účinky liečby.
10. Prediskutovať s pacientom predsudky ohľadom terapie.
11. Zapojiť do nefarmakologickej a farmakologickej liečby rodinných príslušníkov alebo inú podpornú osobu.
12. Vyhybať sa neúčinným taktikám komunikácie a tým zamedziť nedorozumeniam.
13. Pochváliť pacienta za dosiahnuté úspechy a pravidelne hodnotiť adherenciu a perzistenciu k liečbe. ¹⁵

Uviedli sme príklady, akými môžeme zvýšiť mieru adherencie pacienta. Nízka miera adherencie môže znamenať nielen zlyhanie liečby, ale i následné zhoršenie zdravotného stavu a možné komplikácie. Je dôležité, aby si pacient uvedomil, že liečba chronického ochorenia je dlhodobá a mnohokrát celoživotná. Mieru adherencie vo veľkej miere ovplyvňuje sám pacient. Preto je dôležité, aby bol v celom procese liečby súčinný.

Tabuľka 4.: Súčinnosť pacienta k zvýšeniu miery adherencie

1. Zapojiť sa do celého procesu liečby a byť neustále aktívny.
2. Študovať recenzované edukačné materiály, ktoré má k dispozícii od L/S.
3. Počúvať s porozumením všetky informácie, ktoré L/S pacientovi podávajú.
4. Pýtať sa pri neporozumení alebo nejasnostiach L/S aj opakovane, pri každej kontrole.
5. V prípade, že pacientovi napadnú otázky v domácom alebo inom prirodzenom prostredí, zapísať si ich, aby nezabudol (na papier, v mobile formou poznámky a pod).
6. Vypracovať plán zmeny spôsobu života za pomoci L/S.
7. Pravidelne užívať lieky podľa dávkovania a dodržiavať dávkovaciu schému.
8. Sledovať prípadné vedľajšie alebo nežiaduce účinky liekov, na ktoré bol vopred upozornený. V prípade ich výskytu ihneď kontaktovať L/S.
9. V prípade potreby vziať na kontrolu podpornú osobu.
10. viesť si stravovací denník, ktorý si prinesie na kontroly.

Záver

Rôzne štúdie potvrdzujú, že edukácia je na prvom mieste v liečbe odvrátiteľných rizík CHOS, akými sú dyslipoproteinémiá, arteriálna hypertenzia, diabetes mellitus, obezita/nadhmotnosť, fajčenie, riziková konzumácia alkoholu, nedostatočná pohybová aktivita a nedostatočná konzumácia ovocia a zeleniny. Cieľom tohto článku je, aby sa do povedomia odbornej vedomosti dostalo, že edukácia L/S je neoddeliteľnou súčasťou manažmentu pacienta s chronickými chorobnými procesmi. V ambulanciách všeobecných lekárov pre dospelých predstavuje akákoľvek návšteva pacienta príležitosť na edukáciu a následnú intervenciu na podporu zdravia. Výhodou je, že ošetrojúci personál, lekár a sestra pozná pacienta v súvislosti s jeho rodinou, prácou, hodnotami, vierovyznaním, kultúrou a podobne. Vzájomný vzťah lekár – pacient a sestra – pacient je vytvorený na báze dôvery. Cielenu edukáciou tak môžeme prispieť k výraznému zvýšeniu informovanosti nielen u jednotlivcov, ale aj v komunite o včasnej a správnej diagnostike, efektívnej liečbe s cieľom redukcie možných komplikácií DLP a zlepšiť dlhodobu nepriaznivú situáciu morbiditu a mortality na KVO na Slovensku.

Literatúra

1. Ray, K.K. et al. (2020): *Eur. J. Prevent. Cardiol.*, doi:10.1093/eurjpc/zwaa047
2. KARDIO NEWS. Kolko pacientov po infarkte myokardu potrebuje liečbu PCSK9 inhibítormi? 2021[online]. Dostupné na internete: <https://www.m-edu.sk/kolko-pacientov-po-infarkte-myokardu-potrebuje-liecbu-pcsk9-inhibitorami/>
3. SLOVENSKÁ ALIANCIA PRE CHRONICKÉ OCHORENIA. Analýza trendov chronických ochorení a monitorovanie zdravotných indikátorov v kontexte 9 cieľov globálneho monitorovacieho rámca do roku 2025. 2015. [online]. [cit. 2023-03-23]. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2015/02/analiza-trendov-chronickych-ochoreni-do-roku-2025>
4. GAVALIEROVÁ, Z., FATHI, A. Dyslipoproteinémiá, starostlivosť o dospelého pacienta. 2022. [online]. [cit. 2023-03-23]. Dostupné na internete: <https://www.m-edu.sk/dyslipoproteinemia-starostlivost-o-dospelého-pacienta/>
5. LUDKA, O. Motivace pacienta k celoživotnímu užívání léků u arteriální hypertenze. *Med. praxi.* 2017;14(1):11-14.
6. SLOVENSKÁ INFORMAČNÁ TLAČOVÁ AGENTÚRA. Analýza potvrdila vysokú mieru odvrátiteľnej úmrtnosti. 2020. [online]. [cit. 2023-03-21]. Dostupné na internete: <https://ekonomika.sme.sk/c/22248053/analiza-potvrdila-vysoku-mieru-odvratitelnej-umrtnosti.html>
7. Ako Slovensko zaplatí za neliečenie zdravotníctva. Analýza zdravotného stavu obyvateľstva, faktorov ktoré ho ovplyvňujú a dlhodobých vyhládok finančnej udržateľnosti zdravotníctva v SR. 2019. [online]. [cit. 2023-03-21]. Dostupné na internete: www.ineko.sk/clanky/ineko-predstavuje-analyzu-ako-slovensko-zaplaci-za-neliecenie-zdravotnictva
8. FATHI, A., GAVALIEROVÁ, Z. 2022. Intervencie na zlepšenie adherencie k liečbe artériovej hypertenzie. In: *Viapract.*, 2022;19(2):78-84
9. ALVI, Y., KHALIQUE, N., AHMAD, A., KHAN, HS., FAIZI, N. World Health Organization Dimensions of Adherence to Antiretroviral Therapy: A Study at Antiretroviral Therapy Centre, Aligarh. 2019. [online]. [cit. 2023-03-21]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6625256/>
10. GAJDOŠÍK, J. Adherencia k liečbe- dôležitá súčasť dosiahnutia účinku terapie pri chronických ochoreniach. In *Atheroreview*. 2017;2 (1) s.15-19. ISSN:1803-6597
11. VRABLÍK, M. Efektivní komunikace lékaře s pacientem je klíčem k úspěchu. *Med. praxi.* 2021;18(2):98-103.
12. YUSUF, S., HAWKEN, S., OUNPUU, S. et al. [INTERHEART Study Investigators]. Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial Infarction in 52 Countries (the INTERHEART Study): Case-Control Study. *Lancet* 2004; 364(9438): 937-952. Dostupné z DOI: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)>
13. GAVALIEROVÁ, Z., FATHI, A., 2017. Prevencia chorôb obehovej sústavy- edukácia sestrou. In: *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*, 2017, 1 edit, 39-44 s. ISSN 1993-5920

14. DONÁTH, V. Adherencia k liečbe sclerosis multiplex. 2016. In *Via practica*. 2016.,13 (4). S.149-152. ISSN: 1336-4790
15. FATHI, A. a kol. 2020. *Odvrátiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou*. Infodoktor; 2020: s. 287. ISBN978-80-660-0-1

*Poznámka: Celkový počet úmrtí súvisiacich s týmito rizikovými faktormi (26 000) je nižší ako súčet každého jednotlivu (30 000), pretože jedno úmrtie možno pripísať viac ako jednému faktoru. Riziká súvisiace so stravovaním zahŕňajú 14 zložiek, ako je nízka spotreba ovocia a zeleniny a vysoká spotreba cukrom sladených nápojov a soli.

Zdroj: IHME (2018), *Global Health Data Exchange* (odhady za rok 2017).

Páčil sa Vám článok?

Stiahnuť článok