

# A korai rehabilitációban résztvevő iszkémiás szívbetegek gyógyszeres adherenciájának pszichoszociális tényezői. Egy multicentrikus követéses vizsgálat eredményei

Tiringer István<sup>1</sup>, Andrásy Gábor<sup>2</sup>, Erdei Ferenc<sup>3</sup>, Kohut László<sup>4</sup>, Páder Katalin<sup>5</sup>, Simon Éva<sup>6</sup>, Szász Károly<sup>7</sup>, Veress Gábor<sup>8</sup>, Simon Attila<sup>8</sup>

<sup>1</sup>PTE-ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Pécs

<sup>2</sup>Budapesti Szt. Ferenc Kórház, Budapest

<sup>3</sup>Békés Megyei Pándy Kámán Kórház, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Gyula

<sup>4</sup>Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Honvédk. Kard. Rehab. Intézet, Balatonfüred

<sup>5</sup>Fővárosi Önkorm. Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Budapest

<sup>6</sup>Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet, Sopron

<sup>7</sup>Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Deszk

<sup>8</sup>Balatonfüredi Állami Szívkórház, Balatonfüred

Levelezési cím: Dr. Tiringer István, e-mail: istvan.tiringer@aok.pte.hu

A koszorúér-betegség prognózisát jelentősen befolyásolja a standard kockázati tényezőket csökkentő gyógyszerek megbízható szedése. Számos vizsgálat konzekvens eredménye, hogy a betegek adherenciáját befolyásolja betegségképük, a gyógyszerrel szembeni attitűdjük, a kockázatészlelés, a társas támogatás, valamint az érzelmi distressz.

Követéses vizsgálatunkba 7 kardiológiai rehabilitációs osztályról vontunk be 951 beteget, akik koszorúér-esemény után álltak kezelés alatt (férfi: 67%, kor: 61,5 [±9,5] év). A kórházi tartózkodás során az alábbi tényezőket vizsgáltuk: szubjektív betegségkép, a szorongás és depresszió, észlelt társas támogatás. Az adherencia egészségpszichológiai tényezőinek vizsgálatára a Health Action Process Approach modell alapján kidolgozott skálákkal történt.

A statint a betegek 16,1%-a hagyta abba 12 hónapon belül, az ASA szedését 6 hónapon belül pedig 7%-uk. A 12 hónapos statin-adherencia szignifikáns prediktora volt a mellékhatások elvárása a kiinduláskor, valamint a szívbeteget életmódi tényezőkkel magyarázó okok tulajdonítása. A 6 hónapos ASA-adherencia prediktora volt a betegség kezelhetőségével kapcsolatos meggyőződés, az infarktus szubjektív kockázatbecslése, negatív előrejelző pedig a depressziós tünetek. Minden gyógyszercsoport esetében a nonadherens betegek alacsonyabba becsülték infarktus-kockázatukat. Eredményeink támogatást adnak az interaktív kommunikációra építő gyógyszeres adherenciát ösztönző edukációs programokhoz.

**Kulcsszavak:** szekunder prevenció, gyógyszeres adherencia, szubjektív betegségkép, szociális-kognitív tényezők, orvos-beteg kommunikáció

## Psychosocial factors of adherence to medication in patients with coronary heart disease taking part in early rehabilitation. Results of a prospective multicenter follow-up study

The prognosis of coronary heart disease is greatly influenced by the reliable taking of medicines that decrease standard risk factors. Many studies have shown consequently that adherence is influenced by patients' illness-representations, outcome expectancies, risk perceptions, social support, and emotional distress.

951 patients after acute coronary event from 7 departments for cardiac rehabilitation were enrolled consecutively (males: 67%, age: 61.5 [±9.5] years). At baseline the following factors were investigated: illness representation, anxiety and depression symptoms, perceived social support. Health-psychological factors were measured on the basis of the Health Action Process Approach theory.

After 12 months 16.1% of patients were non-adherent to statin treatment. Within 6 months 7% of patients ceased ASA-medication. Significant baseline predictors of statin non-adherence after 12 months were expectancy of side-effects, causal attributions that involved lifestyle factors. The patients' belief in medical controllability at baseline, risk perception of a myocardial infarction predicted ASA-nonadherence positively, whereas depressive symptoms negatively. Non-adherent patients in all medication groups tended to underestimate their risk for myocardial infarction. The results of this study can be used as references to interactive communication in education programs with the aim to improve patients' adherence to medication.

**Keywords:** secunder prevention, adherence to medication, illness-representation, social-cognitive factors, physician-patient communication

A krónikus betegségek gyakoribbá válásával szükségessé vált a betegek hosszú távú, sokszor élethosszig tartó gyógyszereszedése. A tényleges gyógyszereszedés azonban nem minden esetben követi az orvosi javaslatokat. A betegek kezeléssel történő együttműködését napjainkban az adherencia fogalmával írjuk le. A WHO (1) a hosszú távú kezeléseket kapcsolatos adherenciát úgy határozza meg, mint azt a „magatartást, ami összhangban van azzal az ajánlással, amellyel kapcsolatban az orvos és a beteg egyetértésre jutottak.” A különböző betegségek és kezelési módszerek esetében jelentős eltérés van az adherencia mértékében. A vizsgálati eredmények nagymértékű szórása a használt módszereket is tükrözi. A nonadherencia mértékéről pontosabb becsléseket adnak a sok vizsgálat eredményét statisztikailag összesítő metaanalízisek. Egy ilyen elemzést végzett el *M. Robin DiMatteo* (2), amely öt évtized 569 vizsgálatának eredményei alapján az átlagos nonadherenciát 24,8%-nak találta. Ebben az elemzésben messze a legtöbb – 129 – vizsgálat a kardiovaszkuláris betegek adherenciájával foglalkozott, s annak átlagos mértékét 76,6 (73,4–79,8) %-nak mutatta.

A korai rehabilitációban résztvevő iszkémiás szívbetegség esetében a szekunder prevenciót több gyógyszer élethosszig tartó szedése támogatja. A standard terápiához tartozik a tromboticitaaggregáció-gátló, a statin, a béta-blokkoló és az ACE-gátló rendszeres szedése. Ezen gyógyszerek vagy javítják a koszorúér-betegség prognózisát, vagy annak kockázati tényezőit hatékonyan csökkentik. Annak ellenére, hogy szedésüket az aktuális európai guideline egyértelműen ajánlja, a betegek egy része mégis elhagyja ezen gyógyszereket (3). A nonadherencia sok különböző okát igazolták az eddigi vizsgálatok: elégtelen orvos-beteg kommunikáció, tünetszegény betegség, komorbid pszichés zavar (pl. depresszió), érzékszervi vagy kognitív károsodás, pszichológiai tényezők (alacsony motiváció vagy kompetenciaérzés), fiatal életkor, szociokulturális tényezők (alacsony szintű egészségértés, anyagi lehetőségek vagy társas támogatás) (4).

Az adherencia-kutatásokról elmondható, hogy kevés köztük az olyan, amely az adherenciát befolyásoló komplex tényezőket átfogó, empirikusan alátámasztott elmélet alapján vizsgálta (5). Az egészségpszichológia az elmúlt évtizedekben több átfogó elméletet dolgozott ki az egészségmagatartás, s az életmódváltás magyarázatára, előrejelzésére. Ezek az empirikusan jól alátámasztott elméletek, például az egészségmagatartás folyamatmodellje (Health Action Process Approach [HAPA]) (6, 7) alkalmasak a gyógyszeres adherenciát befolyásoló pszichoszociális tényezők vizsgálatára is.

Az egészségpszichológiai modellben végzett kutatások az adherencia több háttértényezőjét tárták fel. A rendszeres gyógyszereszedést befolyásolja a beteg szubjektív kockázatbecslése, a gyógyszerrel kapcsolatos pozitív vagy negatív elvárásai, meggyőződése, hogy képes a gyógyszert megfelelően szedni, a gyógyszereszedést

támogató társas kapcsolatai (8). Egy további befolyásos modell a szubjektív betegségkép/betegségfelfogás hatását feltételezi a beteg adherens gyógyszereszedésének hátterében (9).

Vizsgálatunk célja a korai rehabilitációban résztvevő koszorúér-betegség szekunder prevenciójában kulcsfontosságú gyógyszerek adherens szedését befolyásoló pszichoszociális tényezők feltárása volt. Feltételeztük, hogy az egyes gyógyszercsoportok esetében az adherenciát általánosan, illetve specifikusan befolyásoló tényezőket is találunk. További hipotézisünk volt, hogy az aktív, felelősségvállaló viszonyulást tükröző szubjektív betegségmodell mellett magasabb, a passzív, fatalisztikus attitűdöt tükröző betegségkép mellett alacsonyabb a gyógyszeres adherencia.

## Betegek és módszerek

A Magyar Kardiovaszkuláris Rehabilitációs Társaság 2014-ben multicentrikus prospektív programot indított a gyógyszeres másodlagos megelőzés javítására, a gyógyszeres adherencia hátterének jobb megismerésére „Intenzív életmódi képzés koszorúér-esemény utáni rehabilitáció során a gyógyszeres adherencia javítása érdekében” címmel, amelyhez ETT TUKEB engedélyt kapott (19950-2/2013/EKU). 7 rehabilitációs centrum 11 osztálya vett részt a betegbevonásban. A vizsgált betegek adatait az 1. táblázat foglalja össze.

A vizsgálat során konszekutív módon 1:2 arányban vontunk be betegeket, kezdetben a standard rehabilitációs ellátásba, majd az intenzív oktatási karba. Az intenzív oktatási karon belül mindegyik centrum a korábbi gyakorlaton túl egy standardizált intervenciót hajtott végre a gyógyszeres adherencia javítása érdekében. A betegek kettő előzetesen összeállított, egységes tartalmú előadást hallgattak meg a gyógyszeres kezelés céljairól, várható hasznairól, lehetséges mellékhatások adekvát kezeléséről, s néhány a rendszeres gyógyszereszedést segítő stratégiáról. A betegek egyéni konzultációban vettek részt egy előre összeállított munkafüzet alapján, amely az életmódi tényezőknél kívül tartalmazta a legfontosabb szekunder prevenciók gyógyszereit, valamint célértékeket is. 3 hónappal a rehabilitációról történt távozás után emlékeztető SMS-t kaptak a gyógyszeres kezelés fontosságáról.

A gyógyszeres kezelésről a rehabilitációról való távozáskor az egészségügyi személyzet adott információt.

1. TÁBLÁZAT. A vizsgált betegek (n=951) jellemzői

|                                       |                               |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| Kor (átlag ± 1 SD)                    | 61,5 (±9,5) év                |
| Nem (férfi/nő)                        | 67/33%                        |
| Bevonási betegcsoport                 | AMI: 63%; PCI: 12%; ACBG: 25% |
| Követés – visszaküldési arány (6 hó)  | 81%                           |
| Követés – visszaküldési arány (12 hó) | 74%                           |

**2. TÁBLÁZAT.** A 12 hónapos követés során adatokat visszaküldő, illetve vissza nem küldő betegcsoport szignifikánsan eltérő jellemzői

|                                      | <b>12 hónapos követéses csoport (n=707)</b> | <b>Kiesett betegcsoport (n=244)</b> | <b>p-érték</b> |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|----------------|
| Életkor* (év)                        | 61,7  | 59,90                               | 0,017          |
| Szubjektív tünetek*                  | 4,53  | 5,10                                | 0,009          |
| Gyógyszerszedés – pozitív elvárások* | 3,35  | 3,23                                | 0,025          |
| Társas támogatás*                    | 6,29  | 5,95                                | <0,001         |
| Betegcsoport**                       |   |                                     | 0,003          |
| Infarktus (%)                        | 62,80                                       | 64,00                               |                |
| PCI (%)                              | 13,70                                       | 6,10                                |                |
| ACBG (%)                             | 23,50                                       | 29,9                                |                |
| Bevonási csoport**                   |   |                                     | 0,001          |
| Standard kar (%)                     | 31,80                                       | 43,20                               |                |
| Intervenciós kar (%)                 | 68,20                                       | 56,80                               |                |
| Iskolai végzettség**                 |   |                                     | 0,012          |
| 8 általános (%)                      | 14,10                                       | 17,20                               |                |
| Szakmunkás (%)                       | 31,40                                       | 37,70                               |                |
| Érettségi (%)                        | 31,50                                       | 19,70                               |                |
| Felsőfokú (%)                        | 23,00                                       | 25,40                               |                |

\*Mann-Whitney-próba, \*\* $\chi^2$ -próba

A 6 hónapos és 12 hónapos követés során a betegek írásban, vagy telefoninterjúban számoltak be szedett gyógyszereikről.

A vizsgálatból kiesett betegeket a követés során vizsgálatokkal összehasonlítva néhány szignifikáns eltérést tapasztaltunk (2. táblázat). Azok a betegek, akik nem küldték vissza a követéses adatokat fiatalabbak voltak, intenzívebb betegség tüneteket tapasztaltak, kevesebb pozitív elvárásuk volt a gyógyszerekkel kapcsolatban, alacsonyabb volt a társas támogatásuk. A követéses kérdőíveket nagyobb arányban küldték vissza a PCI és kisebb arányban az ACBG-csoportból; nagyobb arányban az intervencióban résztvevők, mint a standard karban kezelték. Az adatokat visszaküldők között több volt az érettségizett, a nem visszaküldők között pedig a szakmunkás végzettségű. Egyéb – demográfiai, kardiológiai (pl. bal kamrai ejekciós frakció, terhelési tolerancia) és pszichoszociális – jellemzőkben a két csoport jelentősen nem különbözött egymástól.

Az adherencia egészségpszichológiai hátterének vizsgálatára részben standard kérdőíveket alkalmaztunk.

- Szubjektív betegségkép: Illness Perception Questionnaire-Short Form (10), amely egy-egy (1 és 10 pont között értékelhető) tétellel az alábbi dimenziókat vizsgálja: a betegség korlátozó jellege, tartósága, személyes, illetve orvosi befolyásolhatósága, tüneteinek intenzitása, aggodalmat kiváltó jellege,

érthetősége, érzelmileg megterhelő volta. A kérdőív végén a betegek a koszorúér-betegségük 3 legfontosabbnak tartott okát sorolhatták fel (kauzális attribúció).

- A szorongás és depresszió szintje: Hospital Anxiety and Depression Scale (11, 12), amelynek 7 tétele a szorongásos, 7 tétele a depressziós tüneteket méri (0 és 21 pont között).
- Társas támogatás: Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív (13, 14). 12 tételből áll. Az összeített skálaérték – egy tételre vetített átlaga – 1 és 7 pont között mutatja a családi, baráti, és egyéb fontos kapcsolatokban megélt támogatást.

A Health Action Process Approach (6) modell alapján – részben – saját magunk fejlesztettünk skálákat (ezen skálák belső konzisztenciáját a Cronbach-alfa értékkel jellemezzük):

- a gyógyszerhatással kapcsolatos pozitív elvárások (3 tétel,  $\alpha = 0,81$ ), negatív elvárások (9 tétel,  $\alpha = 0,95$ ). A negatív elvárások közül 2 tétel a mellékhatásokra vonatkozott ( $\alpha = 0,74$ ),
- a kockázatészlelés (1 tétel),
- a tartós gyógyszeresedéssel kapcsolatos kompetencia-érzés (2 tétel,  $\alpha=0,89$ ), illetve társas támogatás (5 tétel,  $\alpha=0,90$ ) vizsgálatára.

### Statisztikai elemzés

A független csoportok összehasonlításakor nem paraméteres próbát alkalmaztunk a folytonos változók esetében (mivel ezek eltértek a normáloszlástól), és chí-négyzet próbát, ha kategoriális változókat hasonlítottunk össze.

A 6 és 12 hónapos nonadherencia előrejelzésére bináris logisztikus regressziós modelleket hoztunk létre. A független változók közé került a kiinduláskor vizsgált, fentebb szereplő összes egészségpszichológiai tényező, illetve a szorongás és depresszió. A modell kialakításánál a Forward: LR-módszert használtuk.

## Eredmények

### Statin-adherencia

A követéskor a betegek által visszaküldött adatok alapján a rehabilitáció alatt beállított statin készítményt a betegek 11,4%-a hagyta abba 6 hónapon belül (86 beteg az adatokat visszaküldő 756 közül), és 16,1%-a 12 hónapon belül (111 beteg az adatokat visszaküldő 688 közül). A bináris logisztikus regressziós modellben a 12 hónapos statin-adherencia szignifikáns előrejelzőjének bizonyult a kiindulási pszichológiai változók közül a gyógyszer mellékhatások elvárása (ExpB: 0,48 [95% CI: 0,34–0,68],  $p<0,001$ ), a koszorúér-betegség kauzális attribúciója (kategoriális változó,  $p=0,026$ ), a betegséggel kapcsolatos személyes kontrollézés (ExpB: 0,88 [95% CI: 0,77–0,96],  $p=0,041$ ). A modell szignifikáns ( $p<0,001$ ), az adherencia varianciájának 14%-át magyarázza.

**3. TÁBLÁZAT.** A kiindulási felmérés során a szívbetegség szubjektíve legfontosabbnak tartott okai (n=858)

|               |     |
|---------------|-----|
| 1. Stressz    | 36% |
| 2. Dohányzás  | 16% |
| 3. Öröklés    | 11% |
| 4. Életmód    | 10% |
| 5. Egyéb okok | 27% |

**4. TÁBLÁZAT.** A legfontosabbnak tartott szubjektív betegségek százalékos megoszlása a statint szedő adherens és nonadherens csoportban

|                       | A betegség kauzális attribúciója (n=626) |         |         |           |
|-----------------------|--|---------|---------|-----------|
|                       | életmód                                  | stressz | öröklés | dohányzás |
| Nonadherencia (14,4%) | 9,7                                      | 56,5    | 22,6    | 11,2      |
| Adherencia (85,6%)    | 14,1                                     | 47,6    | 13,2    | 25,1      |

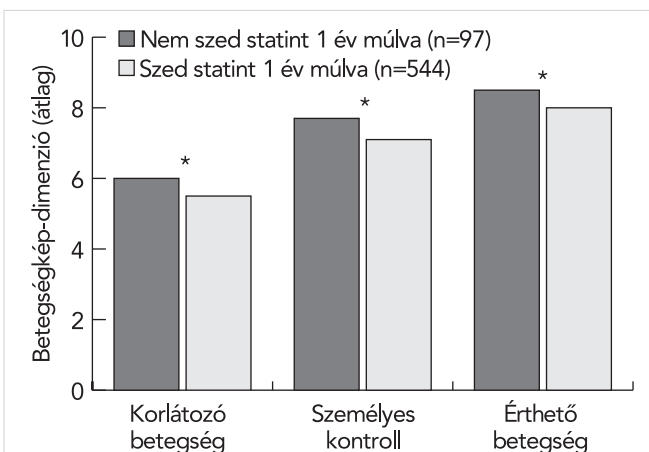
Cramver's V: 0,146; p=0,027

A koszorúér-betegség szubjektíve legfontosabbnak tartott okait a 3. táblázat foglalja össze.

Látható, hogy a betegek gondolkodásában a stressz a legfontosabbnak tartott betegségek.

Ha megnézzük, hogy a statiszedő és azt elhagyó betegek között hogyan oszlik meg a 3. táblázatban szereplő négy leggyakoribbnak tartott betegség, a 4. táblázatban látható összefüggések rajzolódnak ki.

A táblázatból leolvasható, hogy a statint 12 hónapon belül elhagyó betegek a rehabilitáció (kiindulási vizsgálat) időszakában szignifikánsan jellemzőbb volt, hogy a stresszt és az öröklést tartják koszorúér-betegségük legfontosabb okának. A 12 hónap múlva statinadherens betegek pedig lényegesen gyakrabban gondolták, hogy az életmódjuk vagy a dohányzás a legfontosabb betegségek.



**1. ÁBRA.** A szubjektív betegségkép szignifikánsan eltérő sajátosságai a kiindulási vizsgálatban a 12 hónap múlva statint szedő és elhagyó betegek körében. \*p<0,05

Ha az adherencia szempontjából vizsgáljuk a betegek szubjektív betegségképét (1. ábra), a nonadherenssé váló betegek gondolkodása a kiindulási vizsgálat során néhány tekintetben szignifikáns eltérést mutat a statint szedő betegektől.

A statint elhagyó betegek esetében egy jellegzetes profil rajzolódik ki: betegségeket szubjektíve korlátozóbbnak élik meg (annak ellenére, hogy a bal kamrai ejekciós frakció tekintetében nincs szignifikáns eltérés), kifejezetten az az érzésük, hogy személyes befolyásuk van betegségeikre, s betegségeket érthetőbbnek tartják.

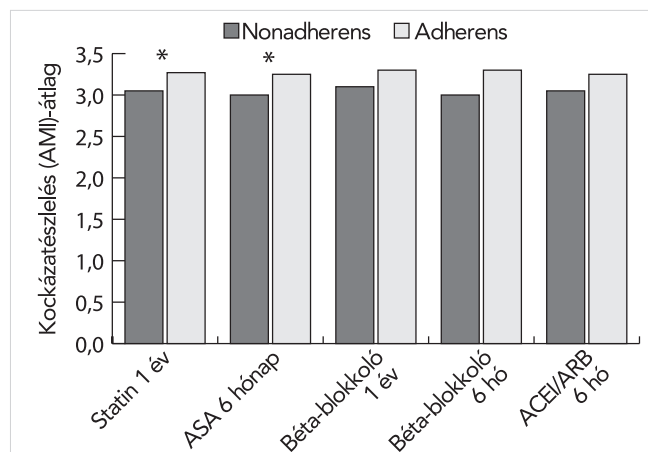
**ASA-adherencia**

Az ASA szedését 6 hónapon belül a vizsgált betegek 7%-a hagyta abba.

A bináris logisztikus regressziós modellben a 6 hónapos ASA-adherencia szignifikáns előrejelzőjének bizonyult a kiindulási pszichológiai változók közül a betegség orvosi kezelhetőségével kapcsolatos meggyőződés (ExpB: 1,31 [95% CI: 1,07–1,60], p=0,008), az infarktus szubjektív kockázatbecslése (ExpB: 1,55 [95% CI: 1,04–2,29], p=0,03), a depressziós tünetek (ExpB: 0,89 [95% CI: 0,81–0,97], p=0,01), illetve a társas támogatás (ExpB: 0,30 [95% CI: 0,14–0,62], p=0,001). A modell szignifikáns (p<0,001), az adherencia varianciájának 12%-át magyarázza.

**Az infarktus szubjektív kockázatbecslése és a gyógyszer-adherencia**

Mint láttuk az infarktus szubjektív kockázatbecslése az ASA-adherencia szignifikáns előrejelzője. Ha a kockázatbecslés mértékét a többi gyógyszercsoportban is összehasonlítjuk a gyógyszert szedő és elhagyó bete-



**2. ÁBRA.** A szubjektív kockázatbecslés mértéke az egyes gyógyszercsoportokban a gyógyszert szedő és elhagyó betegek között. \*p<0,05



gek között, általános tendenciaként kirajzolódik, hogy a nonadherens csoportba tartozók kockázatukat alacsonyabbra becsülik, mint a gyógyszeres szedő betegek (2. ábra).

## A gyógyszeres adherenciát ösztönző edukációs intervenció hatása

Az intervencióban résztvevő betegek 6 hónapos és 12 hónapos gyógyszereszedési arányában egyik standard gyógyszercsoport vonatkozásában sem volt szignifikáns különbség a rutin kardiológiai rehabilitációs kezeléshez képest.

A statinok és a béta-blokkolók esetében a 6 hónapos követés során valamivel kevesebb nonadherencia volt az intervenció csoportban, de ez a nem szignifikáns különbség is eltűnt az 12 hónapos követés idejére.

## Megvitatás

Az általunk vizsgált betegcsoportban a szekunder prevenció standard gyógyszereit a betegek jóval nagyobb arányban szedték, mint a legtöbb hasonló vizsgálatban (15). Ennek több oka is valószínű. Az osztályos kardiológiai rehabilitációban résztvevő betegek egy szelektált csoportot képeznek, amelynek együttműködési motivációja nagyobb lehet, mint a rehabilitációs kezelésben nem résztvevő betegeké. A magas gyógyszer-adherencia összefügghet a követés során kiesett betegek eltérő sajátosságaival is. A vizsgált és kiesett betegek néhány szisztematikusan eltérő sajátossága – például a kiesett betegek kevésbé pozitív elvárásai a gyógyszereszedéssel kapcsolatban, alacsonyabb társas támogatásuk és iskolázottságuk – arra utal, hogy a követés során vizsgált betegek adatai alapján a ténylegesnél valamivel magasabb adherenciát mérhetünk. Egy további módszertani korlát lehet, hogy az adherenciát egyetlen forrás alapján, a betegek által közölt adatokból számítottuk. Mindemellett a kardiológiai rehabilitációs kezeléstől is joggal várhatjuk a gyógyszer-adherencia javítását, függetlenül a vizsgálatban alkalmazott intervenció hatékonyságától.

A bemutatott vizsgálat jelen tanulmányban elemzett célja azonban elsősorban az adherens magatartást befolyásoló pszichológiai tényezők feltárása volt. Az adherenciára vonatkozó adataink hitelességét támasztja alá, hogy az empirikusan jól megalapozott egészségpszichológiai modellek (6, 7, 8, 9) segítségével a gyógyszereszedést, illetve elhagyást előrejelző modelleket tudunk kialakítani.

A statin 12 hónap alatti elhagyásának szignifikáns előrejelzői jól értelmezhetők. A mellékhatások elvárása értelemszerű prediktor, a betegséggel kapcsolatos személyes befolyás hangsúlyozottsága pedig arra utalhat, hogy az hajlamossá teheti a betegeket a stati-

nokkal szembeni bizalmatlanságra és leértékelésre. A szubjektív betegségek összefüggését a statinadherenciával az magyarázhatja, hogy a nonadherens csoportban gyakrabban előforduló kauzális tulajdonítások – stressz, öröklés – olyan tényezők, amelyeket a betegek többnyire passzív áldozatként élnek meg, ami nem ösztönzi a betegséggel szembeni aktív, felelősségvállaló viszonyulást, és a gyógyszerek rendszeres szedését. Ez utóbbi attitűdöt tükrözi viszont az életmód és a dohányzás – mint legfontosabb betegségek – feltételezése a koszorúér-betegség hátterében, ami mellett nagyobb eséllyel alakul ki adherens magatartás.

A szubjektív betegségek (1. ábra) alapján néhány további jellemző rajzolható meg: hajlamosabbak a statint abbahagyni azok a betegek, akik a rehabilitáció időszakában szubjektíve korlátozóbbnak élik meg betegségüket (az objektív kardiológiai paraméterekben ugyanakkor nem volt eltérés). A statint elhagyó betegek esetében a betegség jobb érthetősége arra utalhat, hogy ők hajlamosabbak elutasítani a koszorúér-betegség rizikófaktor-modelljét, s inkább elfogadnak leegyszerűsítő betegségmagyarázatokat.

Az ASA adherens szedését jósolja be a kiindulási vizsgálat során a betegek meggyőződése a koszorúér-betegség orvosi kezelhetőségéről. Ez arra utal, hogy a betegek az edukáció során – ami standard rehabilitációnak is része – megértették, a trombocitaaggregáció-gátlók szedése jelentősen javítja betegségük prognózisát. A tartós ASA-szedésben a motivációs tényezők fontosságára utal, hogy az infarktus alacsonyabb szubjektív kockázatbecslése és a depressziós tünetek magasabb szintje is szignifikáns előrejelzője a gyógyszer elhagyásának.

A station- és az ASA-adherencia eddig elemzett összefüggései azt mutatják, hogy az egyes gyógyszer-csoportokban specifikus motivációs tényezőknek lehet szerepe. Ugyanakkor az infarktus alacsonyabb szubjektív kockázatbecslése (2. ábra) egy általánosan ható adherenciát gyengítő tényezőnek tűnik.

A gyógyszeres adherenciát ösztönző intervenció hosszú távú hatástalansága a szakirodalomban közölt tapasztalatok alapján nem meglepő: a programok többsége nem tudott jelentős hatást elérni az adherencia növelésében (16). A gyógyszeres adherenciát ösztönző edukációs programunk hatékonyságának megítélését nehezíti, hogy a rehabilitáció alatt nem vizsgáltuk annak közvetlen hatásait. A 6 és 12 hónapos követés adatainak összehasonlítása arra utal, hogy a hatástalanság lehetséges oka, hogy az edukációval összefüggő gyógyszereszedéssel szembeni attitűdváltozás inkább rövidtávú lehet.

## Következtetések

A kardiológiai rehabilitáció egyik fő célja a koszorúér-betegség szekunder prevenciója. Ennek kulcsfon-

tosságú eleme a betegség kockázati tényezőit és annak kimenetelét bizonyítottan befolyásoló gyógyszerek megbízható, rendszeres szedése. Az egészségpszichológiai modellek alapján a non-adherenciát előrejelző gyógyszerespecifikus és általános tényezők írhatók le. Ezek alapján érdemes olyan edukációs programokat kialakítani, amelyekben az orvosi informáláson és motiváláson túl lehetőség van az interaktív kommunikációra: a betegeknek lehetőségük van beszélni a betegségükkel kapcsolatos elképzeléseikről, meggyőződéseikről, és megfogalmazhatják a gyógyszerekkel kapcsolatos kételyeiket, aggályaikat, és a rendszeres gyógyszereszedés során tapasztalt nehézségeiket. Az ilyen kommunikációs helyzetekhez jó támpontot adnak a tanulmányunkban bemutatott egészségpszichológiai modellek.

### Nyilatkozat

*A vizsgálat megvalósulását a Magyar Kardiovaszkuláris Rehabilitációs Társaság és a Merck Sharp and Dohme (MSD Pharma Hungary) támogatta.*

### Irodalom

1. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, et al. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization 3.; 2003. ISBN 92 4 154599 2
2. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. 2004; Med Care 42: 200–209. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>
3. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 37: 2315–81. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
4. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice – Web Addenda Eur Heart J <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
5. Martin MR, DiMatteo LR. Barriers and Keys to Treatment Adherence and Health Behavior Change. In: Martin MR, DiMatteo LR. The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence. Oxford: OUP; 2014. p. 9–22. ISBN: 0 19 979583 5
6. Schwarzer R. Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors, Applied Psychology: An International Review 2008; 57: 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
7. Teleki Sz, Tiringer I. Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje (HAPA-modell). Mentálhigiéne és Pszichoszomatika 2017; 18: 1–29. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.001>
8. Chambers JA, O'Carroll RE. Adherence to Medical Advice. In: Benyamini Y, Johnston M, Karademas EC. Assessment in Health Psychology. Göttingen: Hogrefe; 2016. p. 86–102. ISBN 1616764524
9. Schwarzer R, Luszczynska A. Compliance als universelles Problem des Gesundheitsverhaltens. Enzyklopädie der Psychologie Series X, Vol. 1: Gesundheitspsychologie, Göttingen: Hogrefe; 2005. p. 585–601. ISBN 3801715000
10. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, et al. The Brief Illness Perception Questionnaire. J Psychosomatic Research 2006; 60: 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
11. Zigmond AS, Snaith RP. Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361–370.
12. Tiringer I, Simon A, Herrfurth D, et al. Szorongásos és depressziós zavarok előfordulása akut kardiológiai állapotokat követő osztályos rehabilitáció során. A Kórházi Szorongás és Depresszió Skála szűrőtesztként történő alkalmazása. Psychiatria Hungarica 2008; 23: 430–443.
13. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment 1988; 52: 30–41.
14. Papp-Zipernovszky O, Kékesi MZ, Jámbori Sz. A Multidimenzióális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. Mentálhigiéne és Pszichoszomatika 2017; 18: 230–262. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.011>
15. Tomcsányi J. Statin gyógyszereszedési gyakorlat miokardiális infarktus után Magyarországon. Orv Hetilap 2017; 158: 443–446. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.30687>
16. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, et al. Interventions for enhancing medication adherence. The Cochrane Library 2014 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub4>