

# LĪDZESTĪBAS LĪMENIS ARTERIĀLĀS HIPERTENSIJAS ĀRSTĒŠANĀ:

## ŠĶĒRSGRIEZUMA PACIENTU APTAUJA UN NVD RECEPŠU DATUBĀZES RETROSPEKTĪVA ANALĪZE

Anna Gavrilova<sup>1,2</sup>, Dace Bandere<sup>1,3</sup>, Konstantīns Logviss<sup>4</sup>,  
Dins Šmits<sup>4,5</sup>, Inga Urtāne<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Rīgas Stradiņa universitātes (RSU) Farmācijas fakultātes Farmācijas ķīmijas katedra; <sup>2</sup> RSU Sarkanā Krusta medicīnas koledža; <sup>3</sup> Baltijas Biomateriālu ekselences centrs; <sup>4</sup> RSU Farmācijas fakultātes Zāļu formu tehnoloģijas katedra; <sup>5</sup> RSU Sabiedrības veselības un labklājības fakultātes Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedra

Gavrilova A., Bandere D., Logviss K., Šmits D., Urtāne I. Adherence Level to Arterial Hypertension Treatment: A Cross-Sectional Patient Survey and Retrospective Analysis of the NHS Prescription Database. *Healthcare*. 2021; 9 (8): 1085. <https://doi.org/10.3390/healthcare9081085>.

### KOPSAVILKUMS

Viena no lielākām problēmām kardioloģijas praksē ir slikta līdzestība antihipertensīvo zāļu lietošanā. Šā pētījuma mērķis bija novērtēt zāļu lietošanas līdzestību; kā arī noskaidrot, kādi faktori saistīti ar apzinātu un neapzinātu nelīdzestību. Mēs veicām aptauju, kurā bija jautājumi par pacientu demogrāfiskiem datiem, asinsspiediena kontroli, farmaceutisko aprūpi un zāļu lietošanas līdzestību.

Veicām Latvijas Nacionālā veselības dienesta recepšu datubāzes retrospektīvu analīzi. Nelīdzestības izplatība bija 45,9%. Viszemākais līdzestības rādītājs (38,2%) tika konstatēts pacientiem, kas zāles bija lietojuši 2–4,9 gadus. Lai gan 84,7% aptaujāto mājās bija asinsspiediena mērītājs, tikai 25,3% no viņiem ziņoja, ka regulāri mēra asinsspiedienu.

Pacientu apakšgrupas atkarībā no antihipertensīvo zāļu lietošanas ilguma atšķīrās pēc šādiem faktoriem: 1) neto ienākumi ( $p=0,004$ ); 2) līdzmaksājuma lielums par zālēm ( $p=0,007$ ); 3) vai farmaceits piedāvāja

samazināt zāļu terapijas izmaksas ( $p=0,002$ ). Tikai pret aptuveni pusi (50,4%) recepšu, kurās parakstīts perindoprils, pacienti aptiekās iegādājās šīs zāles.

Zāļu lietošanas līdzestība un asinsspiediena kontrole mājās tika vērtēta kā zema. Apzināti nelīdzestīgi respondenti pārtrauca lietot zāles, baidoties pierast pie tām. Farmaceitu rīcību, piedāvājot samazināt lietoto medikamentu izmaksas, ietekmēja pacientu sociālekonomiskie faktori.

### IEVADS

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas datiem, augsts asinsspiediens (AS) ir nopietns medicīniskais stāvoklis, kas skar 1,13 miljardu cilvēku visā pasaulē (1). Neārstēta arteriālā hipertensija (AH) var palielināt sirds, smadzeņu, nieru un citu slimību (piemēram, cukura diabēta) risku (2). AH diagnoze tiek apstiprināta, ja sistoliskais/diastoliskais AS ir  $\geq 140/90$  mm Hg. Terapijas mērķis ir sasniegt ambulatoriski mērītu optimālu asinsspiedienu, proti, sistolisko  $\leq 135$  mm Hg un diastolisko  $\leq 85$  mm Hg (3, 4).

Saskaņā ar AH ārstēšanas vadlīniju jaunākajām atziņām plašāka asinsspiediena mērīšana ārpus ārsta kabineta – ambulatoriskos vai mājas apstākļos – ir iespēja ne tikai apstiprināt AH diagnozi, izslēdzot “baltā halāta” hipertensiju (kad pacienta asinsspiediena rādījumi ir neprecīzi noteiktas vides ietekmes dēļ) un maskētu AH, bet arī kontrolēt terapijas efektivitāti (3); tādēļ svarīgi, lai pacientam mājās ne tikai būtu asinsspiediena mērītājs, bet lai viņš to arī regulāri lietotu.

Šobrīd viena no lielākām problēmām kardioloģijas praksē ir slikta līdzestība ordinētai zāļu lietošanai (2). Līdzestības trūkums ir galvenais iemesls, kādēļ lielākā daļa pacientu nerasniedz optimālu arteriālo asinsspiedienu, palielinoties kardiovaskulāro komplikāciju riskam (2, 5). Pacienta līdzestības līmeni var ietekmēt viņa vecums, ienākumi, AH ilgums, ordinētā farmakoterapija un zāļu terapijas uzsākšana.

Līdzestības trūkumu var izraisīt kļūdaina diagnoze, piemēram, “baltā halāta” hipertensija, blakusslimības, augstas medikamentu izmaksas un blakusparādības (6). Vismaz



30% pacientu  $\geq 60$  gadu vecumā neievēro parakstīto zāļu lietošanas režīmu (7, 8). Nelīdzestīgus pacientus pēc viņu rīcības var iedalīt divās apakšgrupās – apzināti un neapzināti nelīdzestīgi pacienti.

Apzināta nelīdzestība ir zāļu lietošanas pārtraukšana, izlaišana vai devu maiņa, bet neapzināta nelīdzestība saistīta ar nejaušu zāļu devu lietošanas aizmirstānu vai devu izlaišanu neuzmanības dēļ, vai arī tādēļ, ka pacients pilnībā neizprot lietošanas režīmu un zāļu lietošanas instrukciju.

Apzināti nelīdzestīgi pacienti nelieto savas zāles, balstoties uz pārliecību un bažām vai problēmām saistībā ar zālēm, bet neapzināti nelīdzestīgi pacienti nelieto savas zāles praktisku grūtību dēļ (7, 9).

Pastāv vairāki veidi, kā uzlabot līdzestību, un to vidū ir zāļu lietošanas shēmas vienkāršošana, izglītošana un konsultēšana, kā arī veselības programmu izstrāde, lai palīdzētu pacientiem (10, 11). Veselības aprūpes speciālista un pacienta attiecību kvalitāte ir svarīgs aspekts, lai mudinātu pacientu ievērot noteikto zāļu lietošanu (12).

Jaunas elektroniskās sistēmas, piemēram, e-veselības risinājumi, nodrošina ātru un vienotu elektronisko saziņu starp veselības aprūpes speciālistiem, nodrošinot pacienta personas datu un veselības informācijas pieejamību, kā arī elektronisko recepšu apriti (10).

Farmaceitu būtiska loma AH ilgtermiņa ārstēšanā, nodrošinot pacientu izglītošanu, atbalstu un uzraudzību, tiek atzīta par nozīmīgu AS kontroles uzlabošanas kopējās stratēģijas sastāvdaļu (3). Tā kā augsts AS ir hronisks stāvoklis, nepārtraukti jāuzrauga gan zāļu lietošanas plāna ievērošana, gan citi AS ietekmējoši faktori, pat ja pacientam AH diagnosticēta pirms vairākiem gadiem. Citu pētījumu rezultāti liecina, ka farmaceita iejaukšanās, piemēram, zāļu lietošanas pārskats, konsultēšana par līdzestību un motivējošas intervijas, pozitīvi ietekmē līdzestības līmeni (10).

Šī pētījuma mērķis bija novērtēt zāļu lie-

tošanas nelīdzestību pacientiem ar AH Latvijā un izpētīt ar to saistītos mainīgos lielumus: pacientu demogrāfiskos datus, AS kontroli, farmaceitisko aprūpi un e-veselības datus. Pētījuma mērķis bija izpētīt apakšgrupu atšķirības atkarībā no AH ārstēšanas ilguma un apzinātas vai neapzinātas nelīdzestības.

## PACIENTU APTAUJA

No 2018. gada 1. septembra līdz 2019. gada 1. aprīlim vairākās Latvijas pilsētās tika veikta anonīma pacientu aptauja primārās veselības aprūpes iestādēs. Aptaujā tika iekļauti pacienti no 18 gadu vecuma, kuri lietoja vismaz vienu antihipertensīvo medikamentu. Kopumā pētījumā tika iesaistīti 187 pacienti ar AH. Respondentu aptiekas apmeklējuma mērķis bija iegādāties antihipertensīvas zāles pret recepti. Visi dati tika iegūti klātienē intervijās pēc farmaceita konsultācijas 12 vispārēja tipa aptiekās Latvijā. Jautājumu atlase balstījās uz iepriekš publicētiem pētījumiem (13–16). Intervijas veica un aptaujas anketas aizpildīja farmaceits. Visi farmaceiti, kas piedalījās datu vākšanā, tika īpaši apmācīti. Farmaceutiskās aprūpes sniedzējs un farmaceits, kas veica un aizpildīja anketu, bija dažādi cilvēki. Aptauja bija pieejama latviešu un krievu valodā, un tās aizpildīšana prasīja vidēji 15–20 minūtes.

## ANKETA

Anketā bija 42 jautājumi, kas sadalīti četrās sadaļās: 1) pacientu demogrāfiskie dati; 2) AH kontrole; 3) farmaceitiskā aprūpe; 4) līdzestības līmenis.

**1. Pacientu demogrāfiskie dati** ietvēra datus par vecumu, dzimumu, ģimenes stāvokli, izglītību, dzīvesvietu, nodarbinātības statusu, ikmēneša ienākumiem pēc nodokļu nomaksas (eiro), ķermeņa masas indeksu (KMI), smēķēšanas statusu un fizisko aktivitāti.

**2. Lai raksturotu lietoto terapiju un novērtētu AH kontroli**, tika vērtēti šādi aspekti:

- cik daudz zāļu un cik bieži pacients tās lieto ikdienā;
- vai pacients lieto uztura bagātinātājus;
- cik gadus lieto zāles pret AH;
- vai pacientam mājās ir asinsspiediena mērītājs;
- vai pacienta asinsspiediens tiek kontrolēts;
- vai ir bijusi hospitalizācija sakarā ar AH.

Turklāt tika uzdots jautājums, lai noskaidrotu, vai pacientam bija pietiekami daudz informācijas par viņa veselības stāvokli (AH).

**3. Slēgta tipa jautājumi tika uzdoti, lai raksturotu farmaceitisko aprūpi un noteiktu, vai farmaceits**

- spēj atbildēt uz visiem pacienta jautājumiem;
- brīdina pacientu par iespējamām blakusparādībām un informē par to, kādas zāles nedrīkst lietot vienlaikus;
- jautā pacientam par lietoto zāļu efektivitāti;
- iesaka risinājumus zāļu izmaksu samazināšanai;
- pirms zāļu vai uztura bagātinātāju piedāvāšanas jautā par slimībām vai lietotām zālēm.

Tika uzdots atvērts jautājums, lai noskaidrotu, kā pacients izvēlas aptieku, lai iegādātos parakstītās zāles.

**4. Dalībnieku zāļu lietošanas līdzestības līmenis tika vērtēts, izmantojot Morisky Widget MMAS-8 programmu.** MMAS-8 ir validēta aptaujas metode ar augstu uzticamības un pielietojamības līmeni, ko izmanto, lai vērtētu zāļu lietošanas līdzestības līmeni hronisku slimību gadījumā. MMAS-8 sastāv no astoņiem punktiem, no kuriem pirmie septiņi ir "jā/nē" jautājumi, bet pēdējais ir piecu punktu Likerta skalas vērtējums (17–21):

1. Vai Jūs dažreiz aizmirstat lietot savas zāles pret arteriālo hipertensiju?
2. Cilvēki dažreiz nelieto savas zāles



nevis aizmiršanas, bet kādu citu iemeslu dēļ. Vai pēdējo divu nedēļu laikā bija reizes, kad Jūs nelietojāt savas zāles pret arteriālo hipertensiju?

3. Vai Jūs kādreiz esat samazinājis/-usi vai pārtraucis/-kusi savu zāļu lietošanu pret arteriālo hipertensiju, neinformējot savu ārstu, jo jutāties sliktāk to lietošanas laikā?
4. Vai dažreiz aizmirstat paņemt līdzī savas zāles pret arteriālo hipertensiju, ceļojot vai izejot ārpus mājas?
5. Vai Jūs vakar lietojāt savas zāles pret arteriālo hipertensiju?
6. Vai Jūs dažreiz pārtraucat zāļu lietošanu pret arteriālo hipertensiju, ja Jums šķiet, ka kontrolējat savas slimības simptomus?
7. Zāļu regulāra lietošana dažiem cilvēkiem sagādā neērtības. Vai Jūs kādreiz apgrūtinātas, ka Jums jāievēro zāļu lietošanas plāns?
8. Cik bieži Jums ir grūtības atcerēties lietot visas savas zāles pret arteriālo hipertensiju?

Aptaujas atbildes tika kodētas *Morisky Widget MMAS-8* programmā. Rezultāti tika atspoguļoti ar punktu vērtībām. Šajā pētījumā pacienti tika iedalīti divās grupās – līdzestīgos un nelīdzestīgos –, izmantojot sešu punktu sliekšni (16). Pēc anketas aizpildīšanas pacienti, kam vērtējums bija mazāks par sešiem punktiem, tika informēti, ka viņi nav līdzestīgi zāļu terapijai. Ja apzinātas nelīdzestības punktu skaits bija lielāks par neapzinātas nelīdzestības punktu skaitu, pacients tika uzskatīts par apzināti nelīdzestīgu un otrādi. Atšķirības, kas bija vienādas ar nulli, netika iekļautas nelīdzestības veida noteikšanas analizē.

## E-VESELĪBAS SISTĒMA

Informācija par kompensētām e-receptēm par vienu gadu (no 2018. gada 1. aprīļa līdz 2019. gada 31. martam) tika iegūta no Latvijas Nacionālā veselības dienesta (NVD)

datubāzes. Receptes tika atlasītas pēc diviem kritērijiem: zāles tika parakstītas valsts kompensācijas sistēmas ietvaros esenciālas (primārās) hipertensijas (I10) diagnozei un saturēja perindoprilu (monoterapija vai kombinēta terapija).

Perindopriils tika izvēlēts, jo saskaņā ar statistikas datiem par zāļu patēriņu (12) tas ir viens no biežāk lietotiem medikamentiem AH ārstēšanai. Turklāt vairākas zāles satur šo aktīvo vielu un ir pieejamas zāļu tirgū (monopreparāti un fiksētu devu kombinācijas) [13].

## REZULTĀTI

### Pacientu aptauja

No 187 respondentiem 171 izpildīja visu anketu. Viena anketa nebija piemērota datu analīzei, jo viens respondents nezināja antihipertensīvās terapijas ilgumu. 170 respondentu vidējais vecums bija 64,6 gadi (SN=13,0). 118 personas dzīvoja kopā ar kādu personu, un 118 personas bija pilsētnieki. Gandrīz pusei aptaujāto (44,7%) bija augstākā izglītība. 46,5% aptaujāto bija nestrādājoši pensionāri, un 50,6% respondentu neto ienākumi bija 300–600 eiro. Vairums pacientu bija nesmēķētāji (84,1%). Aptaukošanās tika konstatēta 43,1% aptaujas dalīb-

nieku, tomēr vairāk nekā pusei (61,8%) fiziskās aktivitātes bija mazāk nekā 150 minūtes nedēļā.

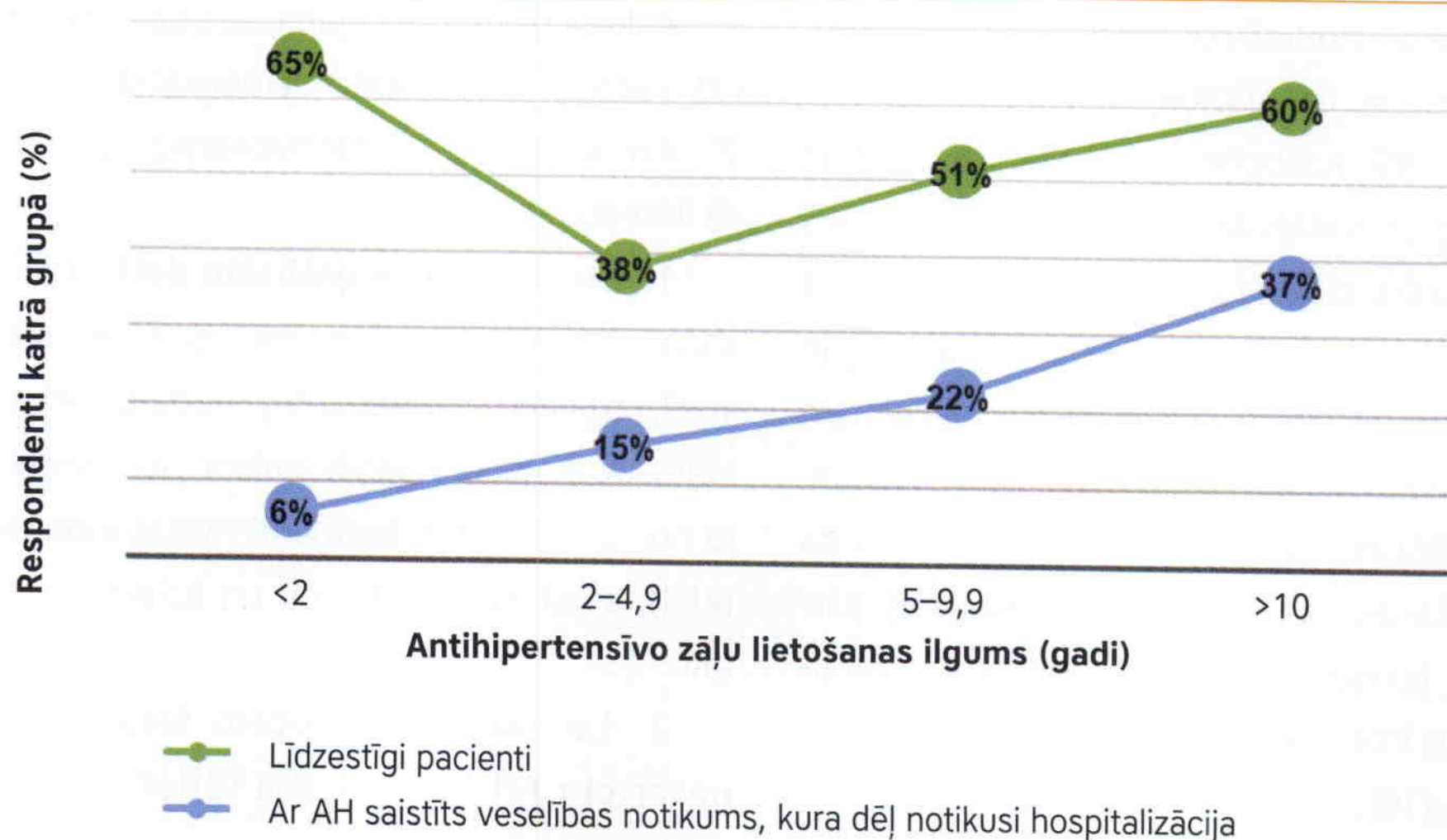
Tikai 10,6% aptaujāto nebija bažu par savu veselību, bet 38,8% bija neskaidrības par zāļu lietošanu. Vidēji dienā tika lietoti 3,9 (SN=2,3) medikamenti un 1,0 (SN=1,2) uztura bagātinātāji, 47,1% pacientu zāles lietoja vienu reizi dienā. Lai gan 84,7% aptaujāto mājās bija asinsspiediena mērītājs, tikai 25,3% no viņiem ziņoja, ka asinsspiedienu mēra regulāri, bet pārējie mērīja neregulāri vai nemērīja vispār.

74 no 170 dalībniekiem uzskatīja, ka viņu asinsspiediens vienmēr ir kontrolēts. Tomēr ceturtdaļai šo respondentu (25,9%) bija ar arteriālo hipertensiju saistīts veselības notikums, kura dēļ notikusi hospitalizācija, piemēram, sirds mazspēja, insults, psihiskā stāvokļa pārmaiņas vai sāpes krūškurvī (nestabila stenokardija).

Lielākā daļa pacientu (78,9%) bija iepaziņusies ar ieteicamo diētu, bet tikai 32,4% no viņiem to ievēroja. 75,3% pacientu uzskatīja, ka viņiem ir sniegta pietiekama informācija par AH. Savukārt 55,9% apliecināja, ka viņu līdzmaksājums par iegādātajām zālēm nav liels.

Farmaceiti zāļu lietošanu paskaidrojuši 92,4% gadījumos; tomēr 9,4% pacientu pēc

**1. attēls.** Līdzestīgu pacientu un ar AH saistītu veselības notikumu, kuru dēļ bijusi hospitalizācija, sadalījums





**Tabula.** Saistība starp līdzestības līmeni un dažādiem izlases raksturlielumiem

Kritērijs	Grupa	Līdzestības līmenis			p vērtība
		Līdzestīgs	Apzināti nelīdzestīgs*	Neapzināti nelīdzestīgs*	
		Gadi, vidēji ± SN			
Vecums		677 ± 123	586 ± 123	641 ± 131	< 0,001
Skaitis (n)					
Dzimums	Sieviete	73	23	31	0,002
	Vīrietis	18	19	5	
	Izredzes	4,06	1,21	6,20	
Ar AH saistīti veselības traucējumi, kuru dēļ notikusi hospitalizācija	Jā	24	6	14	0,048
	Nē	65	36	22	
	Izredzes	0,37	0,17	0,64	
Pacienti, kas uzskatīja, ka līdzmaksājums par zālēm ir liels	Jā	45	10	20	0,007
	Nē	47	32	16	
	Izredzes	0,96	0,31	1,25	
Mēneša ienākumi pēc nodokļu nomaksas (eiro)	<600	67	24	29	0,032
	≥600	23	18	6	
	Izredzes	2,91	1,33	4,83	
Informē ģimenes ārstu par citu speciālistu parakstītām citām zālēm	Jā	57	16	23	0,004
	Nē	9	12	4	
	Izredzes	6,33	1,33	5,75	
Informē ģimenes ārstu par citu bezrecepšu zāļu lietošanu	Jā	28	6	12	0,050
	Nē	37	27	22	
	Izredzes	0,76	0,22	0,55	
Informē ģimenes ārstu par citu uztura bagātinātāju lietošanu	Jā	26	6	9	0,165
	Nē	32	20	15	
	Izredzes	0,81	0,30	0,60	
Ir pietiekamas zināšanas par AH	Jā	76	29	23	0,059
	Nē	16	12	13	
	Izredzes	4,75	2,42	1,77	

\* Pacienti tika iedalīti līdzestīgos, apzināti nelīdzestīgos vai neapzināti nelīdzestīgos, balstoties uz MMAS-8 rezultātiem.

aptiekas apmeklējuma joprojām uzskatīja, ka viņi nesaprot, kā pareizi lietot zāles. Vairumā gadījumu (89,4%) farmaceits spēja atbildēt uz visiem pacienta uzdotajiem jautājumiem un 65,9% gadījumu piedāvāja risinājumus, kā samazināt izmaksas par zālēm.

Farmaceiti reti (22,4%) vēlējās noskaidrot, vai lietotās zāles ir efektīvas terapeitisko rezultātu sasniegšanā (optimāla asinsspiediena uzturēšanai). 37,1% gadījumu farmaceits jautāja pacientam par viņa veselības

stāvokli vai lietotajiem medikamentiem, lai piedāvātu bezrecepšu zāles vai uztura bagātinātājus. 65 no 170 dalībniekiem tika brīdināti par iespējamām blakusparādībām un informēti par to, kuras zāles nedrīkst lietot vienlaikus.

Izvēloties aptieku, kur iegādāties zāles, respondenti pārsvarā (38,8%) vadījušies pēc tā, ka aptieka atrodas tuvu viņu dzīves vai darba vietai, nākamais izvēles kritērijs bija aptiekā sniegtās farmaceitiskās aprūpes kva-

litāte (27,1%).

45,9% aptaujāto bija nelīdzestīgi zāļu lietotāji saskaņā ar *Morisky Widget* MMAS-8 rezultātu; 36 personas no nelīdzestīgo pacientu grupas zāles lietoja nepareizi neapzināti, savukārt 42 personas to darīja apzināti. Apzināti nelīdzestīgo pacientu uzskati bija šādi: viņi uzskatīja, ka viņiem bija veselības problēmas (88,0%); viņi bija noraizējušies par lietotajām zālēm (42,9%). Nedaudz paradoksāli, bet vairāk nekā trešdaļa šo pacientu (13 no 36) ziņoja par divu vai vairāku uztura bagātinātāju vienlaicīgu lietošanu. Detalizēts grupu apraksts minēts tabulā.

Līdzestīgu pacientu īpatsvars samazinājās līdz 38,2%, ja zāles tika lietotas 2–4,9 gados, bet līdzestības rādītājs palielinājās līdz ar lielāku hospitalizācijas epizožu skaitu AH dēļ. Šīs tendences parādītas 1. attēlā.

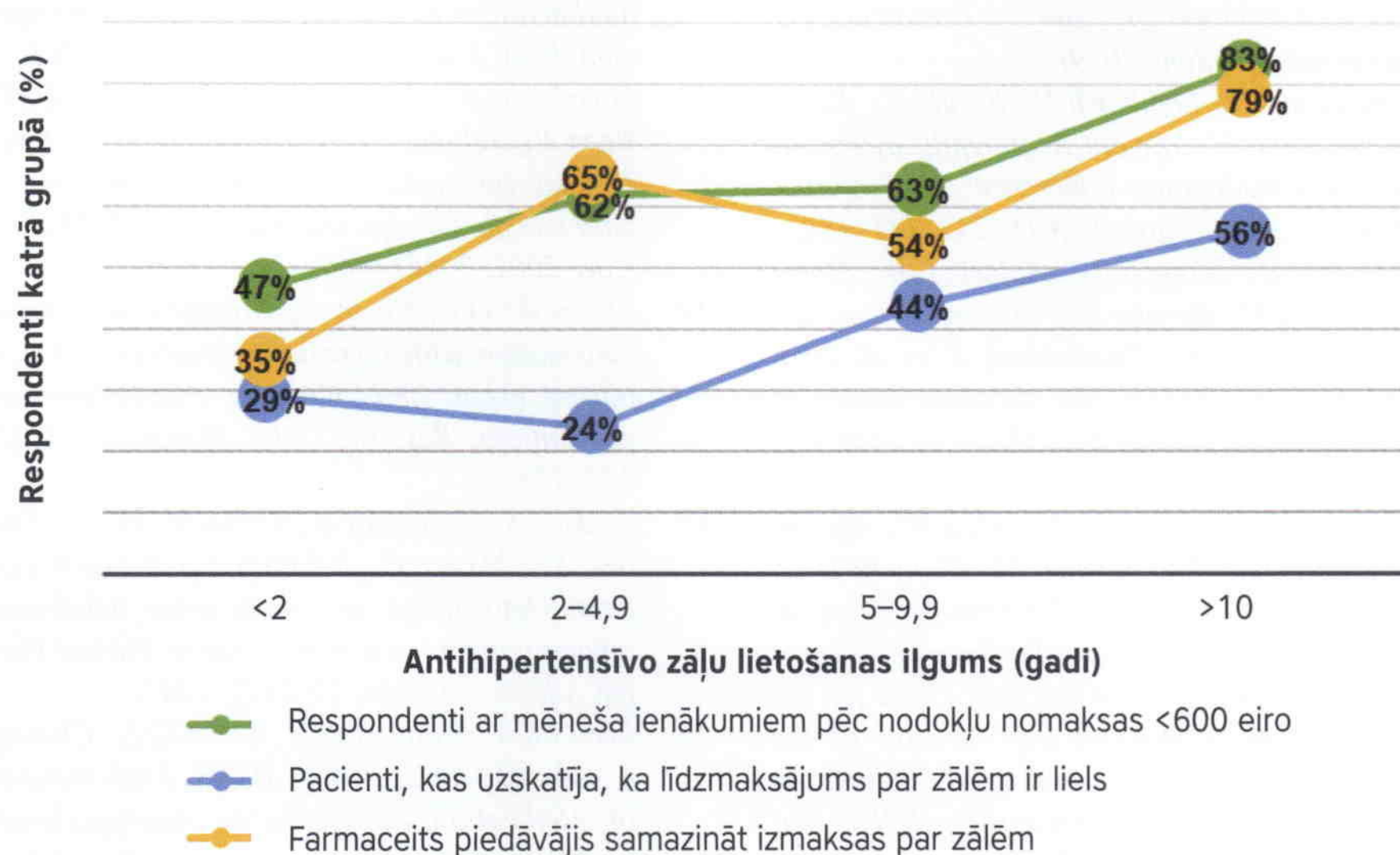
Pacientu apakšgrupas atkarībā no antihipertensīvo zāļu lietošanas ilguma atšķīrās pēc neto ienākumiem ( $p=0,004$ ), līdzmaksājuma par zālēm ( $p=0,007$ ) un tā, vai farmaceits piedāvāja samazināt izmaksas par zālēm ( $p=0,002$ ). Rezultāti parādīti 2. attēlā. Tika konstatēta saistība starp līdzestību un nodarbinātības statusu ( $p < 0,001$ ). Nestrādājoši seniori bija līdzestīgāki (līdzestības līmenis 64,6%) nekā citas nodarbināto grupas.

## E-veselības sistēma

Viena gada laikā izrakstīts 2,546 miljoni perindopriļa recepšu, pret kurām 1,284 miljoni (50,4%) aptiekās saņemtas zāles. Perindopriļi pārsvarā (91,7%) parakstīti kombinācijā ar citām aktīvām vielām (fiksētas devas zāles), kas pieder pie hipolipidemizējošu līdzekļu, kalcija kanālu blokatoru vai diurētisku līdzekļu grupas. Zāles galvenokārt (96,7%) parakstīja ģimenes ārsts, ārsta palīgs (1,1%) vai kardiologs (0,7%). No visām izrakstītām receptēm tikai 1577 gadījumos veselības aprūpes speciālists receptē bija norādījis starptautisko nepatentēto nosaukumu (SNN). Precīzu līdzestības līmeni nebija iespējams



**2. attēls.** Pacientu iedalījums apakšgrupās atkarībā no neto ienākumiem, līdzmaksājuma par zālēm un tā, vai farmaceits piedāvājis samazināt izmaksas par zālēm



noteikt, jo pacientu nevarēja identificēt pēc receptē norādītās informācijas.

## DISKUSIJA

Respondentu vidū tika atklāts AH kontroles trūkums. Vairumam pacientu (84,7%) mājās ir asinsspiediena mērītājs, bet tikai 25,3% pacientu regulāri mēra asinsspiedienu. Gandrīz puse pacientu, kas nemērēja AS, apgalvoja, ka viņiem ir kontrolēts vai normāls AS, kas nozīmē, ka viņi nosaka optimālu asinsspiedienu, balstoties uz subjektīvām sajūtām. Šāda subjektīva pieeja nevar sniegt ticamus pierādījumus, ka asinsspiediens patiešām tiek kontrolēts un komplikāciju risks ir samazināts. 3/4 aptaujāto uzskatīja, ka viņiem ir sniegts pietiekami daudz informācijas par AH. Savukārt 78,9% bija informēti par ieteicamo diētu. Tikai 1/3 pacientu ievēroja diētu, kas liecina, ka pacienti nav pietiekami nodrošināti ar nepieciešamām zināšanām; svarīgi, lai viņi būtu personiski ieinteresēti iegūt informāciju un rīkoties saskaņā ar ieteikumiem.

Nelīdzestīgu pacientu ar AH izplatība bija 45,9%, kas tika vērtēts kā augsts rādītājs. Iegūtie rezultāti liecina, ka līdzestība zāļu lietošanā joprojām ir aktuāla problēma, jo gandrīz puse pacientu neievēro parakstīto zāļu lie-

tošanu. Lielākais nelīdzestīgu pacientu īpatsvars bija to pacientu grupā, kas antihipertensīvas zāles lietoja 2-4,9 gadus.

Pēc >5 gadu nepārtrauktas zāļu lietošanas pacientu līdzestības līmenim bija tendence paaugstināties, kas, iespējams, bija saistīts ar veselības notikumu rašanos (sk. 1. att.), zāļu lietošanas nozīmes izprašanu vai ilgstošu izglītošanos par AH. Apzināti nelīdzestīgi pacienti pārtrauca lietot zāles, baidoties pierast pie tām, bet tai pašā laikā tika konstatēts, ka plaši tiek lietoti uztura bagātinātāji. Šajā grupā bija jaunāki pacienti darbības vecumā, kuri uzskatīja, ka līdzmaksājums par zālēm nav liels. No šiem rezultātiem var secināt, ka līdzmaksājums par zālēm nav galvenais šķērslis līdzestībai.

Šīs grupas pacientiem bija šaubas par lietoto zāļu drošumu, nepieciešamību vai nekaitīgumu. Tam var būt tieša un netieša ietekme uz pacienta uzvedību. Tajā pašā laikā šie pacienti arī retāk informēja ģimenes ārstu par citu zāļu vai uztura bagātinātāju lietošanu (sk. tabulu). Tas nozīmē, ka pacienti paši meklē alternatīvu parakstītām zālēm, palielinot pašārstēšanās līmeni.

Līdzestību nevajadzētu uzskatīt par ieradumu, jo nelīdzestīgu pacientu īpatsvars mainās atkarībā no tādiem faktoriem kā ve-

cums, dzimums, nodarbinātības statuss, parakstīto zāļu skaits, attieksme, uzvedība un informētība par zālēm (5, 8, 22). Citi pētījumi liecina, ka veselības aprūpes speciālistiem, tostarp farmaceitiem, jāidentificē un jāzina pacientu negatīvie priekšstati par zālēm, lai uzlabotu zāļu lietošanas līdzestības rādītājus (23, 24).

Liela nozīme ir farmaceitiskai aprūpei, kuras ietvaros pacients ne tikai tiek nodrošināts ar zālēm, bet saņem arī farmakoterapeitisku konsultāciju un informāciju par zālēm un to racionālu lietošanu. Šajā pētījumā noskaidrots, ka daļa respondentu izvēlējās konkrēto aptieku nevis tās atrašanās vietas, bet gan tur sniegtās farmaceitiskās aprūpes kvalitātes dēļ. Tomēr konsultācijas laikā vairāk uzmanības jāpievērš lietoto zāļu efektivitātes vērtēšanai, blakusslimībām, zāļu mijiedarbībai un kontraindikācijām.

Speciālistam ir svarīgi ne tikai izskaidrot zāļu lietošanu un ar to saistīto risku, bet arī pārlicināties, vai pacients patiešām ir saņēmis sniegto informāciju. Tas varētu mazināt pacienta šaubas par lietotām zālēm un paaugstināt zāļu lietošanas līdzestības līmeni.

Noskaidrojām, ka farmaceiti biežāk ieteica samazināt zāļu izmaksas pacientiem, kam arteriālās hipertensijas ilgums pārsniedza 10 gadus. Šajā grupā pārsvarā bija nestrādājoši seniori, kuru neto ienākumi bija mazāki par 600 eiro. 2. attēlā redzams, ka vairums pacientu uzskatīja, ka līdzmaksājums par zālēm ir liels, tāpēc farmaceiti biežāk piedāvāja samazināt zāļu izmaksas. Veselības aprūpes speciālisti pacientu grupās novēroja sociālekonomiskā statusa atšķirības. Viņu līdzjutība un vēlme palīdzēt pacientiem ir nozīmīgi cilvēciski faktori.

Fakts, ka pacienti neiegādājas zāles gandrīz pret pusi izrakstīto receptu, rada bažas par iespējamiem iemesliem, kāpēc pacienti izvēlas nelietot ārsta parakstītās zāles. Pacientu līdzmaksājums par zīmola zālēm un fiksētas devas zālēm, kas visbiežāk tika parakstītas, bija lielāks nekā par patentbrīvām



zālēm. 2020. gada 1. aprīlī tika pieņemti noteikumi, kas paredz, ka ārstiem, Latvijas zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros parakstot zāles, jānorāda starptautiskais nepatentētais nosaukums (23). Tas nozīmē, ka farmaceiti pacientiem drīkst izsniegt tikai atbilstošā sastāva references zāles. Statistika par 2020. gadu liecina, ka patentbrīvo zāļu patēriņš audzis, samazinot pacientu tēriņus par zālēm (24).

Konstatētās problēmas ir jārisina, un viens no veidiem, kā to darīt, ir e-veselības funkcionalitātes uzlabošana. Informācijai par pacienta veselības stāvokli, viņa lietotām zālēm un uztura bagātinātājiem jābūt viegli pieejamai visiem ārstēšanas procesā iesaistītajiem veselības aprūpes speciālistiem (25). Lai nodrošinātu optimālu ārstēšanu un sasniegtu labākus rezultātus, katram pacientam jānodrošina individuāla pieeja. Produktīvs dialogs ir labākais veids, kā novērtēt pacienta stāvokli un noskaidrot viņa attieksmi pret indicēto ārstēšanu.

## SECINĀJUMI

Nelīdzestīgu pacientu ar AH izplatība bija 45,9%. Pacienti, kas bija apzināti nelīdzestīgi, pārtrauca lietot zāles, baidoties pierast pie tām. Vislielākais (61,8%) nelīdzestīgu pacientu īpatsvars bija pacientu grupā, kuri lietoja antihipertensīvas zāles 2–4,9 gadus. Tikai 1/4 pacientu regulāri mērīja savu AS, kas kopumā tika vērtēts kā zema AS kontrole mājas apstākļos. Aptiekā gandrīz pret pusi recepšu nav iegādātas zāles, radot bažas par iespējamiem iemesliem, kāpēc pacienti izvēlas neiegādāties ārsta parakstītās zāles.

Farmaceiti kā veselības aprūpes speciālisti sniedz pacientiem informāciju par zālēm, taču viņi nav pietiekami uzmanīgi par citiem terapeitisko efektu ietekmējošiem faktoriem. Tādi pacientu sociālekonomiskie faktori kā nodarbinātības statuss un ienākumu līmenis ietekmēja farmaceitu rīcību – viņi piedāvāja samazināt lietoto zāļu izmaksas.

## Vēres

1. World Health Organization. Blood Pressure. Available online: [https://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/blood\\_pressure\\_prevalence/en/](https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence/en/) (accessed on 5 June 2019).
2. Cimmaruta D., Lombardi N., Borghi C., Rosano G., Rossi F., Mugelli A. Polypill, hypertension and medication adherence: The solution strategy? *Int. J. Cardiol.* 2018, 252, 181–186.
3. Williams B., Mancia G., Spiering W., Rosei E.A., Azizi M., Burnier M., Clement D.L., Coca A., De Simone G., Dominiczak A. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Pol. Heart J.* 2019, 77, 71–159.
4. Williams B., Mancia G., Spiering W., Agabiti Rosei E., Azizi M., Burnier M., Clement D.L., Coca A., de Simone G., Dominiczak A. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur. Heart J.* 2018, 39, 3021–3104.
5. Abegaz T.M., Shehab A., Gebreyohannes E.A., Bhagavathula A.S., Elnour A.A. Nonadherence to antihypertensive drugs a systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2017, 96, e5641.
6. Lapi F., Lucenteforte E., Moschini M., Bonaiuti R., Di Pirro M., Barchielli A., Benemei S., Belladonna M., Nesti N., Coppini R. et al. Representativeness of the “fiesole Misurata” study database for use in pharmaco-epidemiological investigations on adherence to antihypertensive medications. *Aging Clin. Exp. Res.* 2013, 25, 433–445.
7. Iihara N., Nishio T., Okura M., Anzai H., Kagawa M., Houchi H., Kirino Y. Comparing patient dissatisfaction and rational judgment in intentional medication non-adherence versus unintentional non-adherence. *J. Clin. Pharm. Ther.* 2014, 39, 45–52.
8. Uchmanowicz B., Jankowska E.A., Uchmanowicz I., Morisky D.E. Self-Reported Medication Adherence Measured With Morisky Medication Adherence Scales and Its Determinants in Hypertensive Patients Aged ≥60 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Pharmacol.* 2019, 10, 168.
9. Nunes V., Neilson J., O'Flynn N., Calvert N., Kuntze S., Smithson H., Benson J., Blair J., Bowser A., Clyne W. et al. Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. In *NICE Guidance*; NICE: London, UK, 2009; pp. 1–31.
10. Nieuwlaat R., Wilczynski N., Navarro T., Hobson N., Jeffery R., Keepanasseril A., Agoritsas T., Mistry N., Iorio A., Jack S. et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014, 11, CD000011.
11. Fernandez-Lazaro C.I., Garcia-González J.M., Adams D.P., Fernandez-Lazaro D., Mielgo-Ayuso J., Caballero-Garcia A., Moreno Racionero F., Córdova A., Miron-Canelo J.A. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: A cross-sectional study. *BMC Fam. Pract.* 2019, 20, 132.
12. Samadian F., Dalili N., Jamalian A. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *Iran. J. Kidney Dis.* 2016, 10, 237–263.
13. Gourley G.K., Gourley D.R., Rigolosi E.L.M., Reed P., Solomon D.K., Washington E. Development and validation of the pharmaceutical care satisfaction questionnaire. *Am. J. Manag. Care* 2001, 7, 461–466.
14. Malewski D.F., Ream A., Gaither C.A. Patient satisfaction with community pharmacy: Comparing urban and suburban chain-pharmacy populations. *Res. Soc. Adm. Pharm.* 2015, 11, 121–128.
15. Jankowska-Polanska B., Uchmanowicz I., Dudek K., Mazur G. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient Prefer. Adherence* 2016, 10, 2437–2447.
16. Lee G.K.Y., Wang H.H.X., Liu K.Q.L., Cheung Y., Morisky D.E., Wong M.C.S. Determinants of Medication Adherence to Antihypertensive Medications among a Chinese Population Using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS ONE* 2013, 8, e62775.
17. Voils C.I., Hoyle R.H., Thorpe C.T., Maciejewski M.L., Yancy W.S. Jr. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence. *J. Clin. Epidemiol.* 2011, 64, 250–254.
18. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M. Predictive validity of a medication adherence measure for hypertension control. *J. Clin. Hypertens.* 2008, 10, 348–354.
19. Moon S.J., Lee W.-Y., Hwang J.S., Hong Y.P., Morisky D.E. Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and meta-analysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8. *PLoS ONE* 2017, 12, e0187139.
20. Krousel-Wood M., Islam T., Webber L.S., Re R., Morisky D.E., Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in hypertensive seniors. *Am. J. Manag. Care* 2009, 15, 59.
21. Morisky D.E., Dimatteo M.R. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: Final response. *J. Clin. Epidemiol.* 2011, 64, 262–263.
22. Shi S., Shen Z., Duan Y., Ding S., Zhong Z. Association Between Medication Literacy and Medication Adherence Among Patients With Hypertension. *Front. Pharmacol.* 2019, 10, 822.
23. Gagnon M.D., Waltermaurer E., Martin A., Friedenson C., Gayle E., Hauser D.L. Patient beliefs have a greater impact than barriers on medication adherence in a community health center. *J. Am. Board Fam. Med.* 2017, 30, 331–336.
24. Milosavljevic A., Aspden T., Harrison J. Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: A systematic review. *Int. J. Pharm. Pract.* 2018, 26, 387–397.
25. Wald D.S., Morris J.K., Wald N.J. Randomized polypill crossover trial in people aged 50 and over. *PLoS ONE* 2012, 7, e41297.