

## Przestrzeganie zaleceń lekarza przez pacjentów przyjętych za zgodą do szpitala psychiatrycznego

### Compliance of patients admitted with consent to psychiatric hospital

Stanisław Dąbrowski, Włodzimierz A. Brodniak, Stefan Welbel

Z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
Dyrektor: doc. dr hab. n. med. D. Ryglewicz

#### Summary

**Aim:** The aim of the study is to assess the interrelation between three earlier described types of consent to inpatient treatment and compliance as well as some aspects of patients' autonomy.

**Method:** 200 inpatients admitted to four psychiatric hospitals were examined by means of a structured questionnaire. Persons with severe dementia, distorted intellectual contact, incompetent, as well as the juvenile were excluded.

**Results:** The analyses of interrelation among the three groups of patients who gave their consent to treatment and compliance as well as other determinants of compliance indicated that:

– All patients (100%) of the first group (informed consent) comply with the doctors' advice, in the second group (not capable to consent) – 84 percent and in the third group (not asked about consent) – 92 percent.

– The patients of the 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> groups showed to have a lower level of compliance and other determinants of treatment such as need for treatment, confidence in doctor and other medical staff, satisfaction and others.

– All groups of patients had a meaningless influence on choice of hospital, ward and kind of therapy.

**Conclusion:** The study proved that:

– The patients have a very high rate of therapeutic compliance not only in observing treatment regimens, but also in self-reporting their needs for treatment, confidence in doctor and other staff, efficiency of medication as well as treatment satisfaction.

– Compliance rates in patients who confirmed their informed consent treatment were significantly higher than these who had not been asked to give their consent to treatment, and those who had not been capable of expressing their informed consent to treatment.

– The high rates of therapeutic compliance are associated with very limited autonomy concerning the choice of hospital, in inpatient ward and method of therapy.

*Słowa klucze:* przestrzeganie zaleceń lekarza, pacjent szpitala psychiatrycznego

*Key words:* compliance, consent, psychiatric hospital patient

Przebieg i skuteczność terapii psychofarmakologicznej zależą nie tylko od leku, lecz także od innych czynników. Wśród nich istotną wagę przypisuje się współpracy pacjenta, przestrzeganiu czy też stosowaniu się do zaleceń lekarza, co po angielsku nazywa się *compliance*, rzadziej *adherence*. W piśmiennictwie psychologicznym *compliance* tłumaczy się jako uleganie [1], a uwzględniając kontekst leczniczy odpowiednikiem *compliance* mogłaby być uległość terapeutyczna. Terminy – współpraca, stosowanie się, przestrzeganie i uległość traktujemy jako ekwiwalentne.

Wyraz o przeciwnym znaczeniu *non-compliance* znalazł się w DSM-IV pod numerem V15 w rozdziale o dodatkowych warunkach, które mogą mieć ważne znaczenie kliniczne.

Piśmiennictwo na temat terapii neuroleptycznej uwzględniające marginesowo zagadnienia uległości terapeutycznej jest bardzo bogate, względnie nieliczne są natomiast prace dotyczące głównie uległości jako odrębnej zmiennej. Na uwagę zasługuje niedawno opublikowany przegląd piśmiennictwa Kampmana i Lehtinena [2] na temat uległości, który streścimy z niewielkimi modyfikacjami. Z przeglądu tego wynika, że uległość terapeutyczna zależy od trzech czynników: związanych z lekami neuroleptycznymi, z pacjentem i interakcyjnych.

#### 1. Leki neuroleptyczne. Uległość terapeutyczna:

- obniża się w wyniku niepożądanych objawów ubocznych, w szczególności akatyzy, akinezy [3, 4, 5, 6] i negatywnych zmian w stanie psychicznym, które przyczyniają się do niekorzystnych postaw pacjentów wobec leków [7];
- wzrasta w następstwie stosowania leków w formie depot; wskaźniki nawrotów są niższe [8], a uległości terapeutycznej wyższe przy stosowaniu formy depot niż drogi doustnej [9].

#### 2. Czynniki związane z pacjentem. Uległość terapeutyczna:

- obniża się w przypadku braku wglądu intelektualnego i emocjonalnego, zwłaszcza u chorych z zespołami urojeniowymi [9, 10], w nadproduktywnych stanach maniakalnych [5], długotrwałych fazach depresyjnych [10, 11], czego inni nie potwierdzają [12], i w przewlekłym przebiegu psychoz schizofrenicznych, w szczególności gdy pacjenci nadużywają alkoholu lub innych substancji uzależniających [13, 14]; do obniżenia przyczynia się samotność i złe warunki mieszkaniowe [5, 15], mężczyźni wykazują mniejszą uległość terapeutyczną niż kobiety w programach treningu umiejętności społecznych [16], wpływ zaburzeń poznawczych nie jest dotychczas jasny [2];
- wzrasta w warunkach pozytywnego psychospołecznego oddziaływania rodzinnego, zachowanej aktywności społecznej, u pacjentów z wyższym poziomem wykształcenia [2, 17, 18].

#### 3. Czynniki interakcyjne. Uległość terapeutyczna:

- zmniejsza się częściej w warunkach poradnianych niż szpitalnych [3, 17, 19] i w trybie leczenia bez zgody [2], a także w przypadku dyssatisfakcji związanej z niepożądanym działaniem leków [3, 17];
- wzrasta wraz z poinformowaniem pacjenta i zapoznaniem go z planem leczenia

[17, 18, 20]. W wielu programach terapeutycznych uwzględniających działania edukacyjne wykazano poprawę współpracy terapeutycznej. Akcentowano w nich informację o celu leczenia i niepożądanych objawach ubocznych, zmiany poznawcze w postawach rodziny, leczenie domowe i wykorzystanie strategii ukierunkowanej na minimalizację dawki neuroleptyków [18]. Bardzo duże znaczenie przypisuje się związkowi terapeutycznemu z pacjentem [15, 21, 22] i uczestniczeniu w grupach samopomocy [23].

### **Cel, metoda, grupa badanych**

Celem pracy jest ocena związków między trzema wyodrębnionymi wcześniej [24] typami zgody pacjentów na leczenie psychofarmakologiczne a:

- przestrzeganiem przez nich zaleceń lekarza i innymi determinantami tego zachowania według opinii pacjentów,
- niektórymi aspektami autonomii pacjentów.

Badanie miało sprawdzić dwie hipotezy:

- świadoma zgoda na leczenie wiąże się z wysokim poziomem stosowania się do zaleceń lekarza według opinii pacjenta,
- pacjenci niezdolni do wyrażenia świadomej zgody na leczenie i niepytani o zgodę wykazują znacznie niższy poziom przestrzegania zaleceń lekarza.

Badania przeprowadzono za pomocą kwestionariusza „Zgoda na leczenie w szpitalu psychiatrycznym”, który zawierał również pytania dotyczące stosowania się pacjenta do poleceń lekarza, i innych aspektów leczenia [1–5] oraz niektórych elementów autonomii pacjenta [6–8]. Lista zmiennych wyszczególniała:

1. Stosowanie się (przestrzeganie) pacjenta do poleceń lekarza (tak, nie)
2. Potrzebę leczenia (tak, częściowo tak/nie, nie)
3. Zaufanie do prowadzącego lekarza i innych terapeutów (tak, w pewnym stopniu tak/nie, nie)
4. Skuteczność leków i działania niepożądane (tak, w pewnym stopniu tak/nie, nie)
5. Zadowolenie z leczenia (tak, częściowo tak/nie, nie)
6. Udział pacjenta, lekarza kierującego, rodziny i innych w wyborze szpitala (tak, nie)
7. Udział pacjenta, lekarza dyżurnego, rodziny i innych w wyborze oddziału (tak, nie)
8. Udział pacjenta w wyborze leczenia (tak, niewielki, nie).

Zbadano 200 pacjentów, hospitalizowanych w 4 szpitalach (3 dużych i 1 średnim), którzy wg lekarzy dyżurnych wyrazili zgodę na przyjęcie. W losowo-celowym doborze nie uwzględniano osób głęboko otepiałych, z upośledzonym kontaktem intelektualnym, ubezwłasnowolnionych i niepełnoletnich.

### **Wyniki**

Wśród badanych 200 pacjentów, w tym 100 mężczyzn i 100 kobiet, przeważały

osoby z psychozami schizofrenicznymi i urojeniowymi – 103 (51,5%), nad osobami z zaburzeniami afektywnymi – 52 (26,0%), i innymi rozpoznaniem – 45 (22,5%).

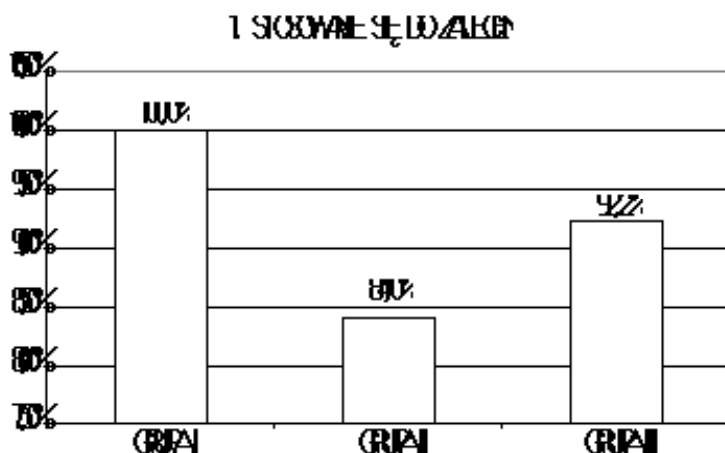
Wśród 200 pacjentów przyjętych za zgodą do szpitali psychiatrycznych: 73 (36,5%) potwierdziło świadomą zgodę na leczenie, 25 (12,5%) zgodziło się na leczenie, lecz – według prowadzących badanie – nie byli oni zdolni do wyrażenia świadomej zgody, 102 (51,0%) nie wyraziło zgody na leczenie, w tym 65 (32,5%) nie pytano o zgodę, ale poinformowano i leczono, a 37 (18,5%) nie pytano o zgodę, nie informowano i leczono.

W graficznej prezentacji zmiennych, określających potrzebę leczenia, zaufanie do lekarza, skuteczność terapii i zadowolenie z leczenia, scalono odsetki „częściowo tak/nie” i „w pewnym stopniu tak/nie” z odsetkami „nie”, są one bowiem bardziej zbliżone do „nie” niż do „tak” oraz mają bardzo podobne rozkłady w grupach.

Z analizy związków między trzema wyodrębnionymi typami zgody a stosowaniem się do zaleceń lekarza prowadzącego i innymi determinantami tego stosowania wynika:

1. Stosowanie się do zaleceń lekarza w przyjmowaniu leków

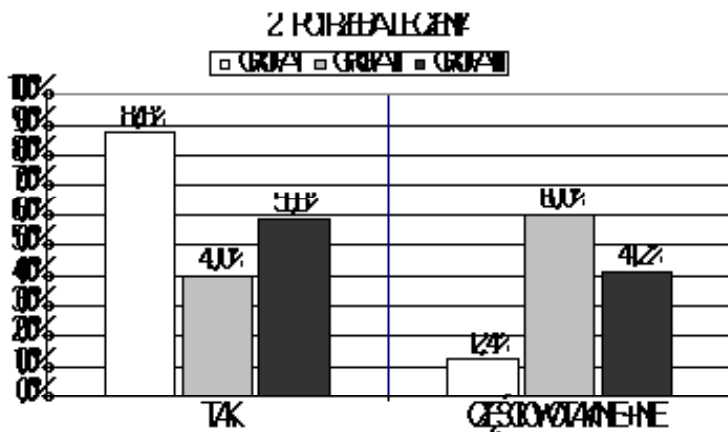
Według opinii pacjentów I grupy wszyscy (100%) wykonują te zalecenia, w II – 84,0%, a w III – 92,2%. Stwierdzone różnice są statystycznie istotne (na względnie wysokim poziomie) ( $p < 0,008$ ). Podobna prawidłowość występuje w ocenie



pielęgniarek: w I grupie wszyscy przestrzegają zaleceń – 100%, w II – 88,0%, w III – 94,0% przy nieco niższym poziomie istotności ( $p < 0,028$ ).

2. Potrzeba leczenia

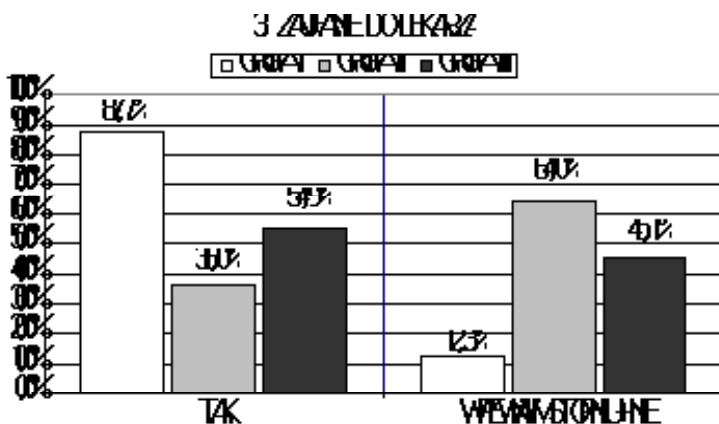
Przekonanie o potrzebie leczenia w szpitalu psychiatrycznym cechuje przede wszystkim pacjentów I grupy (87,6%), w II grupie 40% wymaga takiego leczenia.



nia, a w III – 58,8%. Różnice między grupami są wysoce statystycznie znamienne ( $p < 0,0001$ ).

3. Zaufanie do lekarza prowadzącego i innych terapeutów

W obu przypadkach najczęściej badanych, którzy darzyli zaufaniem lekarza prowadzącego, stwierdza się w I grupie – 87,7%, innych terapeutów – 76,7%; w II grupie

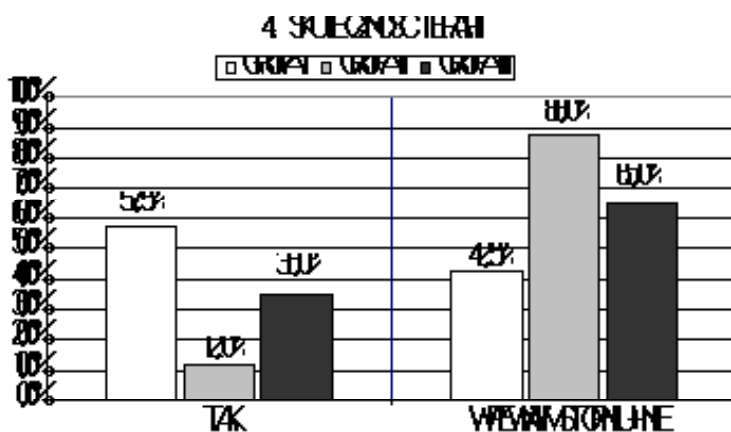


odpowiednio 36,0% i 20,0%, a w III – 54,9% i 43,1%. Różnice między grupami są wysoce statystycznie znamienne ( $p < 0,0001$ ).

4. Skuteczność leków i działania niepożądane

Skuteczność leczenia farmakologicznego potwierdza 57,5% pacjentów I grupy, 12% – II i 35,0% – III. Spory odsetek pacjentów ocenia skuteczność tylko „w pewnym stopniu” odpowiednio 42,5% w I grupie, 76,0% w II i 59,0% w III. Wszystkie różnice są wysoce istotne ( $p < 0,0001$ ).

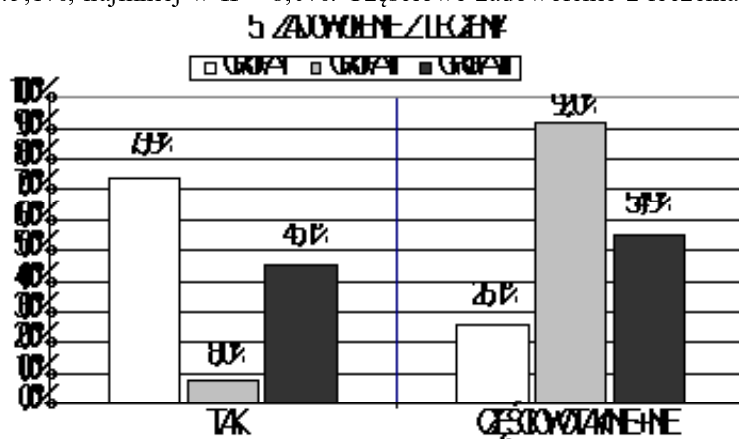
Działanie leków oceniane jednoznacznie jako niepożądane zgłosiło 2,7% badanych I grupy, 16,0% – II i 4,9% – III. Opinie o częściowo niepożądanym wpływie leków wyraziło 56,2% pacjentów I grupy, 76,0% – II i 52,0% – III. Niepożądanych



objawów nie zgłosiło 41,1% pacjentów I grupy, 8,0% – II i 43,1% – III. Różnice są statystycznie istotne ( $p < 0,005$ ).

#### 5. Zadowolenie z leczenia

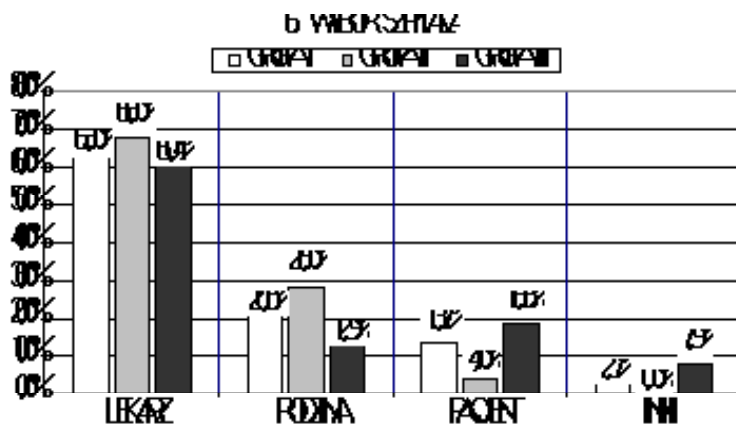
Najwięcej jednoznacznie zadowolonych jest w I grupie – 73,9%, znacznie mniej w III – 45,1%, najmniej w II – 8,0%. Częściowe zadowolenie z leczenia deklaruje



w I grupie 24,7%, w II – 60,0% i w III – 44,1%. Różnice między grupami wykazują wysoką znamienność statystyczną ( $p < 0,0001$ ).

#### 6. Udział pacjenta w wyborze szpitala

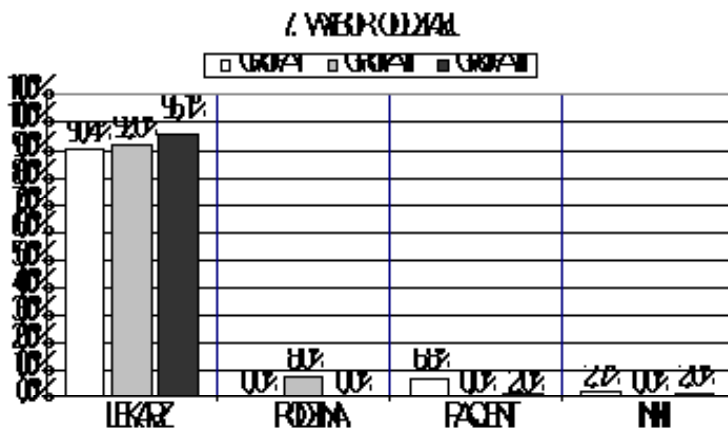
Z analizy związków między trzema wyodrębnionymi typami zgody na leczenie a niektórymi aspektami autonomii badanych wynika, że udział w wyborze szpitala psychiatrycznego nie różnicował statystycznie trzech grup. W każdej grupie o tym wyborze decydował przede wszystkim lekarz kierujący: w I grupie – 63,0%, w II – 68%, w III – 60,4%, w drugiej kolejności o wyborze decydowała rodzina



(I – 20,5%, II – 28,0%, III – 12,9%), następnie pacjenci: w I grupie – 13,7%, II – 4,0%, III – 18,8%.

7. Udział pacjenta w wyborze oddziału

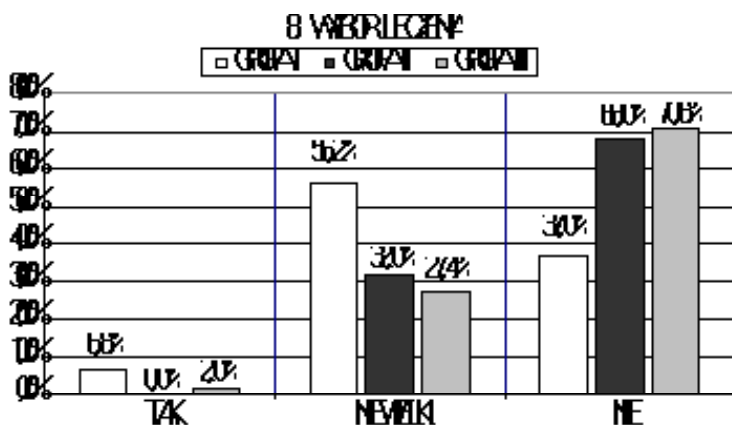
We wszystkich grupach o wyborze oddziału decydował głównie lekarz dyżurny – w I grupie – 90,4%, II – 92%, w III – 96,1%. Udział rodziny był znikomy (I – 0%,



II – 8,0%, III – 0%), a samych pacjentów wynosił w I grupie – 6,8%, w II – 0%, w III – 2,0%. Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych między trzema grupami.

8. Udział pacjentów w wyborze leczenia

W I grupie udział deklarowało 6,8% pacjentów (jego brak – 37,0% lub niewielki



udział – 56,2%), w II grupie – 0%, w III – 2,0%. Różnice są istotne statystycznie ( $p < 0,005$ ).

### Podsumowanie

Przedstawione wyżej wyniki badań świadczą, że badana populacja wykazuje bardzo wysoki poziom uległości terapeutycznej – 95,5% stosowało się do zaleceń lekarza według opinii pielęgniarek, a 94,0% według samych pacjentów.

Rozpatrując uległość w zależności od 3 rodzajów zgody stwierdzamy, że:

- 1) pacjenci przyjęci do szpitala psychiatrycznego i leczeni za świadomą zgodą charakteryzują się najwyższymi wskaźnikami zarówno w zakresie przestrzegania zaleceń lekarza, jak i opinii o potrzebie leczenia, zaufania do lekarza, skuteczności terapii i zadowolenia z leczenia,
- 2) pacjenci niezdolni do wyrażenia zgody na leczenie wykazują najniższy poziom wszystkich zmiennych,
- 3) pacjenci przyjęci za zgodą, ale nie pytani o zgodę na leczenie, cechują się pośrednim poziomem uległości terapeutycznej i pozostałych zmiennych.

A zatem poziom przestrzegania zaleceń wydaje się zależeć od rodzaju zgody: jest najwyższy u pacjentów wyrażających świadomą (po uzyskaniu informacji) zgodę, najniższy u niezdolnych do wyrażenia zgody. O ile najwyższy poziom przestrzegania zaleceń występuje – zgodnie z oczekiwaniami – w I grupie, o tyle różnica między II a III grupą wymaga komentarza. Różnica może wynikać:

- 1) z prawdopodobnego przekonania części pacjentów III grupy, że podpisując zgodę na przyjęcie zobowiązali się do akceptowania wszelkiego leczenia (zgoda blankietowa); przekonanie o aktualności takiej zgody podziela wielu lekarzy, w tym psychiatrów, wbrew optymistycznemu stanowisku M. Safjana [25], że zgoda blankietowa „bezpowrotnie odeszła w przeszłość”;
- 2) z tego, że 65 pacjentów III grupy, tj. 63,7% ze 102 nie pytanych o zgodę, poinformowano o leczeniu, co mogło być traktowane przez lekarza i pacjentów jak stworzenie sytuacji umożliwiającej wyrażenie zezwolenia lub sprzeciwu; brak sprzeciwu nie oznacza zgody, chociaż bywa tak traktowany;
- 3) oraz z faktu, że w II grupie odsetek pacjentów ze schizofrenicznymi zaburzeniami



(60,0%) jest znacznie wyższy niż w III grupie (40,0%), co może być wyrazem lepszego wglądu pacjentów III grupy.

Z naszych badań wynika, że wysoki poziom uległości terapeutycznej badanej populacji wiąże się nie tylko z przekonaniem o potrzebie leczenia, zaufaniem do lekarza, pozytywną opinią o skuteczności terapii i zadowoleniem z leczenia, lecz także ze znamionami bardzo ograniczonej autonomii w zakresie wyboru szpitala, oddziału i leczenia.

Ograniczenie to może być wyrazem:

z jednej strony:

- przekonania pacjenta o wysokiej kompetencji lekarza,
- zaufania do personelu,
- zależności od personelu,
- konformizmu pacjentów,

z drugiej strony:

- obiektywnie zawężonej autonomii, zwłaszcza pacjentów II i częściowo III grupy,
- specyficznej sytuacji (atmosfery) oddziału psychiatrycznego wymuszającej posłuszeństwo różnego rodzaju presją. Ten czynnik może powodować unifikujący wpływ na wszystkich, niezależnie od rodzaju zgody, rozpoznania i innych zmiennych warunkujących przestrzeganie zaleceń.

Dysonans między świadomą zgodą na leczenie z wysokim poziomem uległości a znacznie ograniczonym samostanowieniem w zakresie wyboru szpitala, oddziału i terapii rodzi wątpliwości, czy wysoka uległość terapeutyczna nie jest wyrazem wymuszonej uległości terapeutycznej – *forced compliance*.

Chociaż Ustawa o zawodzie lekarza i Ustawa o Narodowym Funduszu Zdrowia zawiera przepisy zapewniające ochronę autonomii pacjenta (art. 32 Ustawy o zawodzie lekarza: o wymogu świadomej zgody, i art. 4, pkt 2 ustawy NFZ o wolnym wyborze świadczeniodawców), to jednak stosunek pacjent – lekarz nie jest relacją równorzędnych partnerów, lecz zrozumiałą relacją zależności. Władza lekarza i autonomia pacjenta nie wykluczają się wzajemnie. Relacja zależności ma miejsce zarówno w przypadku pacjenta zdolnego do udzielenia świadomej zgody, jak i – w większym stopniu – w przypadku pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody z powodu nierozumienia informacji lub braku swobody wyboru.

Z naszych badań wynika, że udział w wyborze szpitala pacjentów zdolnych do wyrażenia świadomej zgody jest niewielki (14%), a w wyborze oddziału wręcz znikomy (7%). Decyzja w obu przypadkach zależy głównie lub prawie wyłącznie od lekarza kierującego lub przyjmującego. A zatem odstępstwa od subrejonizacji i ciągłości wewnątrzszpitalnej, które wystąpiły w wielooddziałowych szpitalach po wprowadzeniu reformy służby zdrowia w 1999 r., nie zależą głównie od prawa pacjenta do wolnego wyboru świadczeniodawcy, lecz od decyzji lekarzy dyżurnych, którzy kierują pacjentów wielokrotnie hospitalizowanych według oddziałowej kolejności przyjęć lub tam, gdzie są wolne łóżka, a nie tam, gdzie się poprzednio leczyli.

## Wnioski

1. Świadoma zgoda na leczenie wiąże się z wysokim poziomem stosowania się do zaleceń lekarza.
2. Pacjenci niezdolni do wyrażenia świadomej zgody na leczenie i nie pytani o zgodę wykazują znacznie niższy poziom przestrzegania zaleceń lekarza.
3. Wysokie wskaźniki stosowania się do zaleceń lekarza w szpitalu psychiatrycznym wiążą się z bardzo ograniczoną autonomią pacjentów w zakresie wyboru szpitala, oddziału i rodzaju leczenia.

### Čnd'ieilic' ndlaiaric' adr+r d'rocliric', d'dei' nuoc' n' co' niaernc' a d'ncocrndc'+lncot' aieucou

#### Niaidrici

**Črarič:** Črarič d'rainu' auer' iolier' na' c' elcao' ndle', d'ril' aualeliuec' ncd'rec' niaernc' d'roclina' ir' el=lic' d'ncoidereieiac'+lncoc' ndlannarec' c' end'ieilic' ic'ec' d'lad'cnric' adr+r c' ileiniduec' rnd'lenec' raninec' aieuinai.

**Elnia:** Čnslarai 200 d'roclina', d'dei' nuoc' n' co' niaernc' a 4 d'ncocrndc'+lncot' aieucou. Čnd'ieuciar' ndoenodreuiu' aeinrdce' ae' iolier' d'innraeiina' craric'. Ddc' neo'+reie' c' olelaie d'raadi' d'roclina' ir' d'dei' ni' ai' acerice' alelncaiuo' aieuiu', n' irdorliue' cinleleuoreuiu' eirneie, ilallnd'inaiuo' c' ereielnic'.

**Dicouhru:** Čc' d'ialaiina' rreccr' na' c'le' elcao' ndle' aualeliuec' ncd'rec' niaernc' ir' el=lic' c' d'dei' nle' d'lad'cnric' adr+r c' ciuec' lai' ndlaiaric' ec' cnoiacn, +ni:

– anl' d'roclinu' (100%) I adod'd'u' (nicirnieuin' niaernc') čnd'iei' in' d'lad'cnric' adr+r, ai' II adod'd'i' (ilnd'inaiu' ae' audrlic' niaernc') – 84,0%, r' a' III (o' eirniduo' ir' nd'rrcar' niaernc') – 92,2%.

– d'roclinu' II c' III adod'd' iaerarec' aieil' ic'ec' o'diaile' čnd'ieilic' adr+laiuo' d'lad'cnric' c' ciuo' d'ioiaod' e' d'ndaiinnu' el=lic', aialdci' adr+o', oaiaelnaidlic' ni' nd'inaia' el=lic' c' n.a.

– ai' anl' adod'd'ro' o'+rnnel' d'roclina' a' auaidl' aieucou, inalelic' c' ncd'r' el=lic' au' ecclidue.

**Auaiu:** Di' eilic' d'roclina:

1. Nicirnieuin' niaernc' ir' el=lic' na' cuarlin' n' auinec' o'diaile' čnd'ieilic' d'lad'cnric' adr+r c' d'ieicn' uiue' inirlic' e' ciue' eliare' nldrd'lanč'+lncoc' aicalehnac'.

2. D'roclinu', eirnidul' ir' eiaec' audr'cnu' nailai' niaernc' ir' el=lic' c' ir' nd'rrcar' i' nailie' niaernc' iaerairn' aieil' ic'ec' o'diaile' čnd'ieilic' d'lad'cnric' adr+oe' c' ordrenldc'ojin' aieil' ilancaiue' inirlic' ai' ciuo' rnd'lena' el=lic'.

3. Auinec' d'ietcrlie' čnd'ieilic' adr+laiuo' d'lad'cnric' a' d'ncocrndc'+lncot' aieucou' na' criu' n' aieil' iadrice'+liue' raninec'le' d'roclina' d'ce' auaidl' aieucou, inalelic' c' ncd'r' el=lic'.

### Einhalt der ärztlichen Verordnungen durch Patienten, die mit Einwilligung ins psychiatrische Krankenhaus aufgenommen wurden

#### Zusammenfassung

**Ziel:** Das Ziel der Arbeit ist die Beurteilung der Zusammenhänge zwischen drei früher gesonderten Typen der Einwilligung der Patienten in die psychopharmakologische Behandlung und dem Einhalten durch sie ärztlicher Verordnungen und manchen Aspekten der Patientenautonomie.

**Methode:** Mit Hilfe eines strukturalisierten Fragebogens wurden 200 Patienten untersucht, die in 4 psychiatrische Krankenhäuser aufgenommen wurden. Bei der Wahl der Patienten wurden die Personen mit Demenz, mit dem behinderten intellektuellen Kontakt, Entmündigte, Minderjährige nicht berücksichtigt.

**Ergebnisse:** Aus der Analyse der Zusammenhänge zwischen drei ausgesonderten Typen der Einwilligung in die Behandlung und dem Einhalten der Verordnungen des Arztes geht hervor, dass:

- alle Patienten (100%) der ersten Gruppe (bewußte Einwilligung) die Verordnungen des Arztes befolgten, in der zweiten Gruppe (nicht fähig, Einwilligung zu erteilen) 84,0%, und in der dritten (nicht gefragt nach der Einwilligung) 92,2%,

- die Patienten aus der zweiten und dritten Gruppe einen niedrigeren Level der Befolgung der Anordnungen des Arztes und anderer Determinanten zeigten – Notwendigkeit der Behandlung, Vertrauen zum Arzt, Zufriedenheit mit der Behandlung und übrige,

- in allen Gruppen der Anteil des Patienten an der Wahl des Krankenhauses, der Abteilung und Art der Behandlung gering war.

**Schlussfolgerungen:**

Nach der Ansicht der Patienten:

1. Eine bewußte Einwilligung in die Behandlung hängt mit einem großen Level der Anpassung an die Verordnungen des Arztes und positivem Verhältnis zu anderen Aspekten der Behandlung zusammen.

2. Die Patienten, die nicht imstande sind, eine bewußte Einwilligung in die Behandlung zu erteilen, und nach der Einwilligung nicht gefragt wurden, zeigten einen niedrigeren Level beim Betrachten der ärztlichen Verordnungen und haben ein mehr negatives Verhältnis zu anderen Aspekten der Behandlung.

3. Hohe Indexe der Befolgung der ärztlichen Verordnungen im psychiatrischen Krankenhaus sind mit einer sehr begrenzten Autonomie der Patienten im Bezug auf die Wahl des Krankenhauses, der Abteilung und Art der Behandlung verbunden.

**L'observation des prescriptions médicales  
par les patients hospitalisés avec leur consentement**

**Résumé**

**Objectif:** Estimer les corrélations des trois types déjà définis du consentement des patients à l'hospitalisation et leur observation des prescriptions médicales ainsi que de certains aspects de l'autonomie du patient.

**Méthode:** On examine 200 patients hospitalisés avec leur consentement en utilisant le questionnaire structuré. Cet examen exclue les personnes avec la démence, juvéniles, souffrants du déficit d'intelligence, privés de la volonté.

**Résultats:** L'analyse de corrélation des trois types du consentement des patients démontre que:

– tous les patients (100%) du groupe premier (consentement conscient) observent les prescriptions médicales, 84% du groupe deuxième (incapables à exprimer le consentement), 92,2% du groupe troisième (hospitalisés sans être demandés) – les observent aussi,

– les patients du deuxième et troisième groupes ont le niveau plus bas d'observation des prescriptions et d'autres déterminants tels que: besoins du traitement, confiance au médecin, contentement de la thérapie et d'autres,

– la participation des patients aux choix de l'hôpital et des méthodes thérapeutiques reste nulle dans tous les trois groupes de patients.

**Conclusions:** selon les opinions des patients:

1. le consentement conscient corréle avec le niveau très élevé d'observation des prescriptions médicales et les relations positives quant aux autres aspects de la thérapie,

2. les patients incapables d'exprimer leur consentement et hospitalisés sans être demandés ont le niveau plus bas d'observation des prescriptions et les relations négatives quant aux autres aspects de la thérapie,

3. les indices très élevés d'observation des prescriptions corrént négativement avec l'autonomie des patients quant au choix de l'hôpital et des méthodes thérapeutiques.

#### Piśmiennictwo

1. *Encyklopedia Blackwella. Psychologia społeczna*. Warszawa: J. Santorski; 1995; s. 688.
2. Kampman O, Lehtinen K. *Compliance in psychoses. Review article*. Acta Psychiatr. Scand. 1999; 100: 167–175.
3. Blackwell B. *Treatment adherence*. Brit. J. Psychiatry 1976; 129: 513–531.
4. Kane JM. *Problem of compliance in the outpatient treatment of schizophrenia*. J. Clin. Psychiatry 1983; 44: 3–6.
5. Seltzer A, Roncari I, Garfinkel P. *Effect of patient education on medication compliance*. Canad. J. Psychiatry 1980; 25: 638–645.
6. Van-Putten T. *Drug refusal in schizophrenia: causes and prescribing hints*. Hosp. Comm. Psychiatry 1978; 29: 110–112.
7. Awad AG. *Subjective response to neuroleptics in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1933; 19: 609–618.
8. Davis JM, Kane JM, Marder SR i in. *Dose response of prophylactics antipsychotics population*. J. Clin. Psychiatry 1993; 54 (supl.): 24–30.
9. Young JL, Zonana HV, Shepler L. *Medication noncompliance in schizophrenia: codification and updata*. Bull. Am. Acad. Psychiatry Law 1986; 14: 105–122.
10. Pan PC, Tantam D. *Clinical characteristic, health beliefs and compliance with maintenance treatment: a comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic*. Acta Psychiatr. Scand. 1989; 79: 564–570.
11. Razali MS, Yahya H. *Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country*. Acta Psychiatr. Scand. 1995; 91: 331–335.
12. Buchanan A. *A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia*. Psychol. Med. 1922; 22: 110–112.
13. Miner CR, Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Muenz LR. *Prediction of compliance with outpatient referral in patient with schizophrenia and psychoactive substance use disorders*. Arch. Gen. Psychiatry 1997; 99: 706–712.
14. Pristach CA, Smith CM. *Medication compliance and substance abuse among schizophrenic patients*. Hosp. Community Psychiatry 1990; 1345–1348.
15. Drake RE, Wallach MA, Teague GB, Freeman DH, Paskus TS, Clark TA. *Housing instability and homelessness among rural schizophrenic patients*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 73–85.
16. Smith TE, Hull JW, Anthony DT i in. *Post-hospitalization treatment adherence of schizophrenic patients; gender differences in skill acquisition*. Psychiatry Res. 1997; 69: 123–129.
17. Blackwell B. *Treatment compliance*. W: Kaplan HJ, Saddock JB, red. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Lippincott: Williams & Wilkins; 1991, s. 1893–1897.
18. Goldstein MJ. *Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medication for schizophrenia and mood disorder*. Psychopharmacol. Bull. 1992; 28: 237–240.
19. Willcox DR, Gillan R, Hare EH. *Do psychiatric outpatient take their drugs?* BMJ 1965; II: 790–792.
20. Donlon PT, Rada RT. *Issues in developing quality aftercare clinics for the chronic mentally ill*. Comm. Mental Health J. 1976; 12: 29–36.
21. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW i in. *Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study*. Arch. Gen. Psychiatry 1985; 42: 887–896.

22. Frank M i in. *Implication of noncompliance on research in affective disorders*. Psychopharmacol. Bull. 1985; 21 (1): 37-42 (cyt. wg J. Guimon: La Profession -de Psychiatre. Masson Paris 1998).
23. Dąbrowski S. *Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako forma oparcia społecznego*. Psychiatr. Pol. 1998; XXXII: 443–452.
24. Dąbrowski S, Brodniak WA, Welbel S. *Ocena przestrzegania przepisów o zgodzie na leczenie w szpitalu psychiatrycznym*. Psychiatr. Pol. 2005, 1,.
25. Safjan M. *Medycyna i prawo*. Warszawa: Oficyna Naukowa; 1988, s. 36.

Otrzymano: 5.04.2004

Zrecenzowano: 17.05.2004

Przyjęto do druku: 6.07.2004

Adres: Stanisław Dąbrowski  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia

