

RENATA ZUBRZYCKA  
Katedra Metodologii Nauk  
Pedagogicznych UMCS w Lublinie  
ORCID: 0000-0003-3816-0790

ANDRZEJ EMERYK  
Uniwersytecki Dziecięcy  
Szpital w Lublinie  
Klinika Chorób Płuc i Reumatologii  
Dziecięcej  
ORCID: 0000-0003-1853-8696

DOI: 10.4467/12311960MN.24.051.20881

# Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych a przestrzeń relacji między osobą z przewlekłą chorobą a lekarzem – analiza teoretyczna terminów: compliance, adherence i concordance

**Adherence to therapeutic recommendations and the relationship between a chronically ill person and a doctor – theoretical analysis of the terms: compliance, adherence and concordance**

## **Abstract**

The article presents a theoretical analysis of the terms most often used to describe the phenomenon of the process of complying with medical recommendations by a chronically ill person in the context of the specifics of the interaction that exists between a patient and a doctor. The medical phrases, such as: compliance, adherence, and especially concordance are presented in terms of their definitions, basic interpretations and critical comments. Moreover, two opposite theoretical models of a chronically ill person's involvement in his/her medical treatment have been recalled in order to reveal the evolution of healthcare

theory towards patient empowerment. The psychological references to communication and sociological terms of participation and deliberation have been also mentioned about.

**Słowa kluczowe:** adherence, choroba przewlekła, compliance, concordance, wspólne podejmowanie decyzji

**Keywords:** adherence, chronic illness, compliance, concordance, shared decision making

## Wstęp

W ocenie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w krajach rozwiniętych zaledwie około 50% osób, u których występują schorzenia przewlekłe, postępuje zgodnie z zaleceniami lekarskimi<sup>1</sup>. W jednym z polskich badań stwierdzono, iż nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych może dotyczyć nawet 80% chorych<sup>2</sup>. Systematyczny przegląd prac empirycznych ujawnił, iż przyczyny braku implementacji wskazań lekarskich mogą być wielorakie i zarówno odnoszące się do pacjenta i jego otoczenia społecznego (wynikające z charakterystyki choroby i sposobu stosowania farmakoterapii), jak i związane z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej. Do szczegółowych czynników należą m.in.: brak wsparcia ze strony rodziny, stygmatyzacja społeczna, bezrobocie, ubóstwo, nieodpowiednie ubezpieczenie zdrowotne, pokrywane przez pacjenta z własnej kieszeni oraz słaby dostęp do opieki zdrowotnej i leków. Dodatkowe utrudnienie stanowią: niejasne informacje dotyczące sposobu stosowania produktów leczniczych, wysokie koszty leków, leczenie nieprzyjazne pacjentowi (częste dawkowanie, duża liczba leków, długi czas leczenia, smak i forma leków), a także niedostateczna komunikacja między lekarzem i pacjentem<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> G. Rydzewska, *Przestrzeganie zaleceń w chorobach przewlekłych na przykładzie leczenia mesalazyną w nieswoistych zapalnych chorobach jelit*, „Zakażenia XXI wieku” 2019, nr 2(1), s. 1–5, za: E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kułak, *Wpływ właściwej komunikacji zespół terapeutyczny – pacjent na zapobieganie nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych*, [w:] E. Krajewska-Kułak, A.N. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.), *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej: praca zbiorowa*, Wydawnictwo SILVA RERUM, Poznań, 2019, s. 114–130.

<sup>2</sup> P. Kardas, *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych na świecie i w Polsce*, [w:] *Polskiego pacjenta portret własny*, Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, Starogard Gdański 2010, s. 25–35.

<sup>3</sup> P. Kardas, P. Lewek, M. Matyjaszczyk, *Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews*. „Frontiers in Pharmacology” 2013, nr 4, s. 91. DOI: 10.3389/fphar.2013.00091.

Zagadnienie przestrzegania zasad leczenia analizowane jest z perspektywy różnych dyscyplin naukowych z wykorzystaniem specyficznego dla każdej z nich aparatu pojęciowego, co w pewnym zakresie komplikuje próby dokonania integracji wiedzy o badanym zjawisku. Pojęcia compliance, adherence i concordance, zastosowane pierwotnie w naukach medycznych i naukach o zdrowiu, funkcjonują obok terminów o konotacji socjologicznej: wspólnego podejmowania decyzji (shared decision making), partycypacji i deliberacji. W psychologii wątek przestrzegania leczenia pojawia się w kontekście analizy relacji zachodzącej między lekarzem i pacjentem<sup>4</sup>, badacze zainteresowani są zwłaszcza komunikacją zachodzącą między dwoma podmiotami procesu leczniczego. Potwierdzeniem istotności komunikacji interpersonalnej w diagnozie i terapii osób chorych jest wielość monograficznych (także interdyscyplinarnych) publikacji<sup>5</sup>. Zagadnienie wzajemnych relacji między personelem medycznym i osobami z przewlekłymi chorobami somatycznymi i niepełnosprawnością stanowi także przedmiot zainteresowań badawczych psychologii rehabilitacji<sup>6</sup> i pedagogiki specjalnej. Problematyka autonomii jednostki rehabilitowanej stanowi istotny wątek rozważań teoretycznych dotyczących paradygmatu emancypacyjnego<sup>7</sup>.

Celem niniejszego opracowania jest krytyczna analiza pojęć najczęściej stosowanych do opisu zjawiska przestrzegania zaleceń terapeutycznych w kontekście specyfiki charakteru interakcji zachodzących między osobami bezpośrednio zaangażowanymi w proces rehabilitacji, a także podkreślenie interdyscyplinarnego wymiaru analizowanych zagadnień. W dobie humanizacji medycyny oraz dążności do ugruntowywania się biopsychospołecznego modelu zdrowia

---

<sup>4</sup> A. Ratajska, A. Kubica, *Co leży u podłoża złej współpracy lekarz–pacjent? – spojrzenie psychologa*, „Folia Cardiologica” 2010, t. 5, z. 2, s. 84–87.

<sup>5</sup> E.C. Arnold, K.U. Boggs, *Interpersonal relationships e-book: professional communication skills for nurses*, „Elsevier Health Sciences” 2019; T. Goban-Klas, *Komunikowanie w ochronie zdrowia-interpersonalne, organizacyjne i medialne*, ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2014; S. Kurtz, J. Draper, J. Silverman, *Teaching and learning communication skills in medicine*, CRC Press. 2017; M. Nowina-Konopka, *Komunikacja lekarz–pacjent: teoria i praktyka*, Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.

<sup>6</sup> S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, WAiP, Warszawa 2007.

<sup>7</sup> J. Głodkowska, *Być podmiotem i stawać się autorem swojego życia – paradygmat wsparcia w przygotowaniu osób z niepełnosprawnością do budowania własnej tożsamości i wzbogacania dobrostanu*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” 2014, nr 4, s. 9–44; A. Krause, *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Wyd. IMPULS, Kraków 2010; P. Majewicz, *Pedagogika lecznicza w Polsce i na świecie – wspólna nazwa, odmienne desygnaty*, „Pedagogika społeczna” 2021, nr 1–2, s. 237–250.

i choroby w projektowaniu złożonych usług wsparcia osób z niepełnosprawnością i chorobą przewlekłą obserwuje się ekspansję wirtualnych płaszczyzn interakcji społecznych, które znacząco modyfikują międzyosobowe kontakty. W związku z powyższymi wyzwaniami rodzą się pytania o aktualność poszczególnych konstruktów teoretycznych analizowanych w niniejszej pracy oraz ich potencjał aplikacyjny w odniesieniu do praktyki rehabilitacyjnej.

## **Compliance i adherence w ujęciu teoretycznym**

*Compliance* (ang.) stanowiące jedno z kluczowych pojęć w opiece zdrowotnej i jego odpowiedniki w języku łacińskim (*complere*), włoskim (*compiere*) i hiszpańskim (*complir*) oznaczają: „wypełniać, dokonywać czynności, transakcji (...), spełniać obietnicę”<sup>8</sup>. To chronologicznie najstarsze określenie aktualnie stosowane dla opisu aktywności pacjentów, dotyczącej ich ustosunkowania się wobec farmakoterapii, stało się przedmiotem ożywionych naukowych dyskusji. Krytycy uznali, że dominująca pozycja przedstawicieli zawodów medycznych, która ich zdaniem zawiera się w *compliance*, deprecjonuje aktywną rolę osób poddanych leczeniu, a zawężenie stosowania terminu do przestrzegania farmakoterapii skutkuje pomijaniem innych, ważnych aspektów procesu terapeutycznego<sup>9</sup>.

Niezależnie od artykułowanych wątpliwości powyższe pojęcie zdaje się być trwale osadzone zarówno w teorii, jak i w badaniach empirycznych. Bywa stosowane zamiennie z później wprowadzonymi określeniami odnoszącymi się do zachowań pacjentów w procesie ich terapii, zwłaszcza z *adherence* (ang., polski odpowiednik: adherencja).

Pojęcie *adherence*<sup>10</sup> zostało zaadaptowane jako alternatywne wobec *compliance*, które uznano za powiązane z paternalistycznym charakterem interakcji między lekarzem i spełniającym jego zalecenia, biernym pacjentem. Koncepcja *adherence* miała podkreślić potrzebę

<sup>8</sup> K. Friemann, J. Wciórka, *Compliance – przeżytek czy termin użyteczny*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2008, t. 17, z. 4, s. 366.

<sup>9</sup> M. Czech, *Współodpowiedzialność pacjenta w procesie leczniczym*, [w:] S. Bogusławski, M. Czech, *Współodpowiedzialność w procesie leczniczym: stan obecny i rekomendacje dla Polski*, Fundacja Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju, 2019.

<sup>10</sup> I. Barofsky, *Compliance, adherence and therapeutic alliance*, cyt. za: R. Horne, *Compliance, adherence and concordance: Steps in the development of self-care*, “Social Science and Medicine” 1978, nr 12(5a), s. 369–376, [w:] R. Horne, J. Weinman, N. Barber, R. Elliott, M. Morgan, A. Cribb, I. Kellar, *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*, NCCSDO, London 2005, (40), 6, s. 33.

uzyskania zgody (akceptacji) pacjenta na proponowaną terapię. *Adherence*, według Horne'a<sup>11</sup>, stanowi poszerzenie *compliance* i definiowane jest jako „miara, w jakiej zachowanie pacjenta odpowiada uzgodnionym zaleceniom lekarza”<sup>12</sup>. Bardziej pogłębiona wydaje się powszechnie cytowana definicja Haynesa i Randa: „*adherence* jest to zakres, w jakim zachowanie danej osoby – np. przyjmowanie leków, przestrzeganie diety i/lub wprowadzenie zmian stylu życia, odpowiada uzgodnionym zaleceniom opieki zdrowotnej”<sup>13</sup>.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że w literaturze występuje zarówno rozłączne, jak i zamienne traktowanie terminów *compliance* i *adherence*<sup>14</sup>.

Idea *adherence* stała się przedmiotem licznych badań i interdyscyplinarnych rozważań, zogniskowanych wokół pięciu perspektyw teoretycznych: biomedycznej, behawioralnej, komunikacyjnej, poznawczej i samoregulacji<sup>15</sup>. Pierwsza z nich dotyczyła zasadniczo biernego przyjmowania zaleceń lekarskich i analizy ich osobowościowych uwarunkowań. Behawioralna wskazywała na rolę pozytywnych i negatywnych wzmocnień procesu adherencji. Spopularyzowana w latach 70. perspektywa komunikacyjna akcentowała znaczenie jakości porozumiewania się między pacjentem i personelem medycznym. W ramach podejścia poznawczego odwoływano się do<sup>16</sup>: modelu przekonań zdrowotnych Becker i Maiman, teorii społeczno-poznawczej Bandury i Simon, teorii planowanego zachowania Ajzen i Fishbein oraz teorii ochrony i motywacji Rogersa i Prentice-Dunn.

Warto zauważyć, że badania empiryczne nad *compliance* i *adherence* oraz ich uwarunkowaniami realizowane są zarówno w grupach

---

<sup>11</sup> R. Horne, *Compliance, adherence and concordance*, [w:] Taylor K.M.G., Harding G. (red.), *Pharmacy Practice*, Taylor & Francis, London, New York 2005, s. 148–168.

<sup>12</sup> R. Horne, J. Weinman, N. Barber, R. Elliott, M. Morgan, A. Cribb, I. Kellar, I. *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*, NCCSDO London 2005, (40),6, s. 6.

<sup>13</sup> M. Dobska, *Adherencja. Współodpowiedzialność i współkreacja procesu leczenia*, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Poznań 2020, s. 17.

<sup>14</sup> K. Friemann, J. Wciórka, op. cit., s. 367–368; B. Vrijens, S. De Geest, D.A. Hughes, K. Przemyslaw, J. Demonceau, T. Ruppert, F. Dobbels, E. Fargher, V. Morrison, P. Lewek, M. Matyjaszczyk, C. Mshelia, W. Clyne, J. K. Aronson, J. Urquhart, for the ABC Project Team, *A new taxonomy for describing and defining adherence to medications*, „British Journal of Clinical Pharmacology” 2012, nr 73(5), s. 691–705.

<sup>15</sup> L. Cameron, H. Leventhal, R. Love, *Trait Anxiety Symptom 4 Perceptions, and Illness-Related Reponses among Women with Breast Cancer in Remission During a Tamoxifen Clinical Trial*, „Health Psychology” 1998, 17(5). cyt. za: M. Dobska, op. cit., s. 18.

<sup>16</sup> M. Dobska, op. cit., s. 18.

reprezentujących indywidualnie określone jednostki nozologiczne<sup>17</sup>, jak i w niekategorialnie ujętych próbach klinicznych<sup>18</sup>.

## Concordance jako przedmiot dyskusji

Pojęcie *concordance* (ang.) zostało wprowadzone do literatury medycznej w 1997 r. w Raplocie Royal Pharmaceutical Society of Great Britain<sup>19</sup>. Rok później powstała grupa Concordance Coordinating Group, koordynująca wdrażanie programu zawartego w raporcie, którą tworzyli: lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (*general practitioners*), farmaceuci, badacze akademicy oraz reprezentanci konsumentów i pracowników przemysłu farmaceutycznego. Pojęcie *concordance* zdefiniowano jako „nowe spojrzenie na problem przepisywania i brania leków. To porozumienie osiągnięte wskutek negocjacji pomiędzy pacjentem a pracownikiem opieki zdrowotnej, które uwzględnia przekonania i życzenia pacjenta w ustalaniu czy, kiedy i jak brać leki”<sup>20</sup>. Zaproponowana interpretacja formuły uzgadniania w procesie terapii medycznej, jako *concordance*, rozpowszechniona głównie w Wielkiej Brytanii, wzbudziła szereg kontrowersji i wieloletnich dyskusji. Jako przykład warto przytoczyć polemikę, toczącą się w 2007 r. na łamach „British Journal of Clinical Pharmacology” w sekcji Letters to Editors. Profesor Jeffrey Aronson<sup>21</sup> z Oxford University opublikował komentarz krytyczny wobec koncepcji *concordance*, podkreślając, że zakłada ona większy stopień odpowiedzialności pacjenta, niż miałby *de facto* na to ochotę. Aronson wskazał także na brak doprecyzowania korzyści oraz potencjalnych szkód omawianego „pozornie chwalebne” podejścia teoretycznego. Opierając się na źródłosłowie łacińskim zaczerpniętym ze słownika oxfordzkiego, uznał zbieżność znaczeniową terminów *concordance*

---

<sup>17</sup> S. Settineri, F. Frisone, E.M. Merlo, D. Geraci, G. Martino, *Compliance, adherence, concordance, empowerment, and self-management: five words to manifest a relational maladjustment in diabetes*, „Journal of Multidisciplinary Healthcare” 2019, s. 299–314; A. Trojanowska, A. Emeryk, D. Zarzycka, *Adherence to therapy regimen by children with asthma and their parents*, „Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii” 2022, nr 39(2), s. 258–264.

<sup>18</sup> K. Sobczak, K. Leoniuk, L. Pawłowski, N. Spolak, *Komunikacja kliniczna – porównanie opinii lekarzy i pacjentów*, „Pomeranian Journal of Life and Sciences” 2016, nr 62(3), s. 67–73.

<sup>19</sup> Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. *From compliance to concordance: towards shared goals in medicine taking*, RPS, London 1997.

<sup>20</sup> K. Friemann, J. Wciórka, op. cit., s. 368.

<sup>21</sup> J.K. Aronson, *Compliance, concordance, adherence*, „British Journal of Clinical Pharmacology” 2007, nr 63(4), s. 383.

i *compliance*, a tym samym zbyt mocno wyodrębniania tego ostatniego pojęcia<sup>22</sup>.

W kolejnym numerze czasopisma głos zabrali zwolennicy koncepcji *concordance*: międzynarodowy zespół badaczy z uniwersytetów w: Helsinkach, Baltimor i Sydney<sup>23</sup>, wskazujący na szerszy zakres rozumienia pojęcia, który wykracza poza kwestię zażywania leków. Odnosi się on, zdaniem autorów, do natury interakcji zachodzącej między pacjentem i lekarzem, i opiera na założeniu – cytowanym za dokumentem Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and Merck Sharpe and Dohme<sup>24</sup> – że konsultacje między wspomnianymi osobami są negocjacją między równymi podmiotami. Indywidualne wartościowanie przez pacjenta korzyści i ryzyka stosowania leków może różnić się od wartościowania dokonanego przez klinicystów<sup>25</sup>. Kolejny, tym razem polemiczny wobec publikacji Bell i in.<sup>26</sup> komentarz Aronsona został zatytułowany: *Czas porzucić termin „patient concordance”*<sup>27</sup>. Analizując definicję *concordance*, Autor dokonał rozróżnienia między negocjowanym porozumieniem a interakcją dotyczącą pacjenta i lekarza. Sprzeciwił się także zdecydowanie – i to można uznać za *clou* jego argumentacji przeciwko koncepcji *concordance* – uznaniu równości pacjenta i lekarza w procesie leczenia. Poddając szczegółowej analizie proces interwencji medycznej wobec pacjenta z atakiem serca, wykazał, że na każdym z etapów postępowania to jednak lekarz jako specjalista jest odpowiedzialny za zaproponowane działanie, które pacjent może przyjąć lub odrzucić. W żadnym razie nie można, zdaniem Aronsona<sup>28</sup>, nazwać aktów decyzyjnych chorego negocjacjami. Autor polemiki ostro skrytykował wprowadzenie pojęcia *concordance* jako swoistego szyboletu, podkreślił także brak badań testujących opisywaną teorię. Zwrócił ponadto uwagę, że analiza jakościowa wygenerowanych przez PubMed tytułów zawierających hasło *concordance* wykazała, iż ok 95% z nich nie odnosiło się do uzgodnienia między pacjentem i lekarzem. Ustosunkowując się do tezy o różnicach w oce-

---

<sup>22</sup> J.K. Aaronson, op. cit., s. 383.

<sup>23</sup> J.S. Bell, M.S. Airaksinen, A. Lyles, T.F. Chen, P. Aslani, *Concordance is not synonymous with compliance or adherence*, „British Journal of Clinical Pharmacology” 2007, nr 64(5), s. 710.

<sup>24</sup> *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain*, op. cit.

<sup>25</sup> J.S. Bell, M.S. Airaksinen, A. Lyles, T.F. Chen, P. Aslani, op. cit., s. 710.

<sup>26</sup> *Ibidem*.

<sup>27</sup> J.K. Aronson, *Time to abandon the term ‘patient concordance’*, „British Journal of Clinical Pharmacology” 2007, nr 64(5), s. 711.

<sup>28</sup> J.K. Aaronson, op. cit., s. 711–712.

nie zysków i strat płynących ze stosowania farmakoterapii, Aronson<sup>29</sup> przyznaje, że są one faktami, które należy jednak opisać w kategoriach zaistnienia adherencji lub jej braku (*non-adherence*).

Według szeroko cytowanej pracy Horne'a<sup>30</sup> pojęcie *concordance* używane jest w celu określenia stopnia, w jakim pacjent i lekarz są zgodni w kwestii określania istoty choroby i potrzeby jej leczenia. *Concordance* opisuje wynik interakcji między pacjentem i pracownikiem medycznym (lekarzem, pielęgniarką, farmaceutą), podczas gdy istotą *compliance/adherence* jest opis zachowań pacjenta. Nie ma gwarancji, że zaistnienie obopólnego uzgodnienia (*concordance*) będzie się wiązać z przestrzeganiem przez pacjenta zasad leczenia. Autor stwierdził bowiem, iż pacjenci podejmują decyzje dotyczące leczenia w oparciu o własne przekonania dotyczące choroby i sposobu jej leczenia oraz oczekiwania wyniku. Zdaniem Horne' a pacjenci, którzy nie widzą sensu prowadzenia terapii (np. regularnej terapii steroidami wziewnymi w astmie, przy równoczesnym braku doświadczenia jej korzyści), charakteryzują się niskim prawdopodobieństwem kontynuowania terapii, niezależnie od jej poprawności i prostoty schematu leczenia. Przyjęte przez Horne'a<sup>31</sup> założenie, że „decyzja czy brać leki, czy ich nie brać powinna niemal w większości przypadków być podejmowana przez pacjentów”, może wzbudzać krytyczne refleksje.

Pierwszą z nich sformułował sam autor, konkludując, iż problematyczne staje się, gdy decyzja zostaje podjęta w oparciu o błędne przesłanki. Remedium, zdaniem Horne'a, powinno stać się upewnianie pacjentów przez klinicystów co do racjonalności rekomendowanych zaleceń, nie zaś podkreślanie błędnych przekonań pacjenta. Krytyczne refleksje autorów niniejszego opracowania dotyczą dwóch zagadnień. Pierwsze odnosi się do postulowanej w koncepcji *concordance* równoważności podmiotów: pacjenta i specjalisty w procesie uzgadniania planu leczenia. Zrównanie eksperckich kompetencji klinicystów oraz przekonań pacjentów, które są oparte na swoistej wiedzy medycznej nabytej w doświadczeniu choroby, a także niezwerifikowanych źródłach paramedycznych może mieć potencjalnie negatywny wpływ na efektywność procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Jones<sup>32</sup> w publikacji na temat uczestnictwa pacjentów w podejmowaniu decyzji o farmakoterapii pisze wprost o ryzyku pozyskania przez chorych, korzystających z zasobów internetowych, informacji: „niedostosowa-

<sup>29</sup> Ibidem, s. 712.

<sup>30</sup> R. Horne, op. cit., s. 160.

<sup>31</sup> Ibidem, s. 160-161.

<sup>32</sup> G. Jones, *Prescribing and taking medicines*, "BMJ" 2003, nr 327(7419), s. 819.



nych, niekompletnych, nieistotnych i po prostu błędnych”<sup>33</sup>. Z drugiej strony badacze wskazują, iż informacje publikowane *on line* ułatwiają podjęcie decyzji o wizycie lekarskiej, w jej trakcie sprzyjają bardziej aktywnej postawie pacjenta, sprzyjają komunikacji i wspierają decyzję wyboru metody leczenia<sup>34</sup>. Na asymetrię jako istotną cechę relacji między lekarzem i pacjentem wskazują także inni autorzy<sup>35</sup>.

Kolejna krytyczna refleksja dotyczy kwestii ponoszenia odpowiedzialności za koszty powstałe w efekcie podjęcia przez pacjenta błędnych decyzji. Utrata zdrowia jest bezdyskusyjnie osobistym kosztem chorego. Nawet jeżeli akceptuje on podejmowanie wyborów obarczonych ryzykiem poniesienia szkody na zdrowiu, pozostaje pytanie o moralny aspekt legitymizacji powyższych działań z perspektywy zasady etycznej: *Primum non nocere*. Wątpliwości natury etycznej wzbudza także akceptacja, niejako *a priori*, ekonomicznych kosztów, wygenerowanych przez pacjenta w oparciu o jego błędne decyzje i zachowania, m.in. związanych z nieefektywnym korzystaniem z usług specjalistów zaangażowanych w leczenie oraz kosztochłonnych procedur medycznych, które mogłyby zostać spożytkowane w efektywny sposób na rzecz innych pacjentów.

Warto podkreślić, iż niezależnie od sformułowanych uwag krytycznych, istnieją niezwykle wartościowe aspekty koncepcji *concordance*: podkreślenie podmiotowości partnerów procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz zaakcentowanie zasady respektowania subiektywnych odczuć i reakcji pacjenta na zasugerowany przez specjalistę schemat leczenia.

Za interesujące należy uznać wskazanie na komunikacyjny kontekst *concordance* przez Joannę Zapałę<sup>36</sup>. Autorka definiuje *concordance* jako: „porozumienie z lekarzem”<sup>37</sup> i nieodłączny element

---

<sup>33</sup> Ibidem.

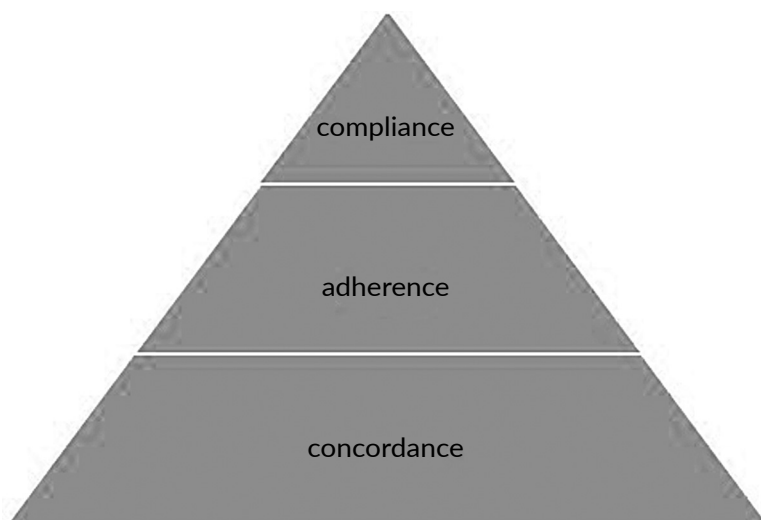
<sup>34</sup> G. Seckin, *Cyber patients surfing the medical web: Computer-mediated medical knowledge and perceived benefits*, „Computer in Human Behavior” 2010, nr 26(6). Cyt. za: M. Szpunar, *Doktor Google. Internet jako źródło informacji o zdrowiu*, [w:] T. Goban-Klas (red.), *Komunikowanie w ochronie zdrowia- interpersonalne, organizacyjne i medialne*, ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2014, s. 246–260.

<sup>35</sup> A. Wagner, *Miejsce deliberacji w procesie podejmowania decyzji o leczeniu. Komunikowanie między lekarzem i pacjentem w perspektywie socjologicznej*, „Zeszyty Prasoznawcze” 2015, nr 2(222), s. 213–223; J.Z. Segal, „Compliance” to “Concordance”: A Critical View, „Journal of Medical Humanities” 2007, nr 28, s. 81–96. DOI: 10.1007/s10912-007-9030-4.

<sup>36</sup> J. Zapała, *Compliance, adherence i concordance w relacji między lekarzem a pacjentem jako zintegrowany model komunikacji*, „Psychoonkologia” 2018, nr 22(3), s. 102–106.

<sup>37</sup> Ibidem, s. 105.

triady współzależnych zjawisk: *compliance* – *adherence* – *concordance*. Zbudowanie relacji typu *concordance* leży u podstaw spotkania pacjenta i lekarza. Ten terapeutyczny dialog jest fundamentem głębszej relacji typu *adherence*, będącej zaproszeniem pacjenta do bycia świadomym współtwórcą terapii. Podzielona po połowie odpowiedzialność za leczenie powinna być gwarantem odpowiedzialnego przestrzegania przez pacjenta zaleceń medycznych (*compliance*). Wspomniana autorka dokonuje usytuowania pojęcia *concordance* jako bazowego w triadzie: *concordance* – *adherence* – *compliance* (rys. 1)<sup>38</sup>.



Rys. 1. Relacje między *concordance*, *adherence* i *compliance*

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Compliance, adherence i concordance w relacji między lekarzem a pacjentem jako zintegrowany model komunikacji*, „Psychoonkologia” 2018, nr 22(3).

Podsumowując, w literaturze przedmiotu można dostrzec ewolucję interpretacji *concordance*: od ściśle związanej z procesem podejmowania decyzji dotyczących faktu i sposobu przyjmowania leków do rozumienia omawianego zjawiska w szerokim kontekście relacji czy wręcz aliansu między pacjentem i lekarzem. Budowany jest on przez efektywną komunikację, celem jest upodmiotowienie pacjenta w podejmowaniu decyzji związanych z leczeniem i udzielanie mu wsparcia w toku całego procesu terapeutycznego.

<sup>38</sup> Ibidem.

Uwagi krytyczne wobec *concordance* dotyczą zarówno kwestii semantycznych i związanych z nimi obiekcji co do potrzeby wyłaniania kolejnego terminu dla opisu rzeczywistości przestrzegania leczenia, wtórnego wobec już istniejących: *compliance* i *adherence*, jak i możliwości rozwiązania problemu konfliktu między przepisywaniem leków w oparciu o dowody naukowe i praktykę kliniczną a decyzjami pacjentów o ich stosowaniu. Wspomniany konflikt dotyczy zwłaszcza sytuacji, w których decyzje chorych podejmowane są w oparciu o osobiste priorytety lub pacjenci są niezdolni do oceny własnej sytuacji zdrowotnej, np. z powodu choroby psychicznej<sup>39</sup>.

Warto podkreślić, że o ile pojęcie *adherence* zostało zoperacjonalizowane i doczekało się opracowania licznych narzędzi badawczych<sup>40</sup>, to *concordance* pozostaje konstruktem opisywanym głównie w ujęciu teoretycznym i często – postulatycznie. Taki zaś element szerzej rozumianego *concordance* jak relacja pracowników medycznych z chorymi może być charakteryzowany z zastosowaniem takich kategorii psychologicznych, jak: komunikacja, komunikowanie się.

Z jednej strony propozycja interpretacji terminu *concordance* (szczególnie pojmowana w szerszym aspekcie) wydaje się spójna z pojęciem komunikacji, zważywszy na łaciński źródłosłów (łac. czasownik: *communico, communicare* – uczynić wspólnym, połączyć), i mieści się w określeniu partnerskiego modelu komunikacji<sup>41</sup> (choć tylko częściowo, gdyż niektórzy z autorów opisujący *concordance* akcentują potrzebę koncentracji na jednej ze stron relacji, tj. na pacjencie<sup>42</sup>). Z drugiej zaś strony rodzi się pytanie: czy partnerska komunikacja w pełni odzwierciedla ideę udzielania wsparcia pacjentowi w toku całego procesu leczenia, zawierającą się w koncepcji *concordance*?

---

<sup>39</sup> S. Chakrabarti, *What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders*, „World Journal of Psychiatry” 2014, nr 4(2), s. 30.

<sup>40</sup> L.A. Anghel, A.M. Farcas, R.N. Oprean, *An overview of the common methods used to measure treatment adherence*, „Medicine and pharmacy reports” 2019, nr 92(2), s. 117–122; K. Dońka, K.J. Czarnocki, A. Emeryk, *Validation of the Polish version of satisfaction with Asthma Treatment Questionnaire (SATQ)*, „Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii” 2017, nr 34(1), s. 77–81.

<sup>41</sup> A. Zembala, *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz–pacjent*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Ścisłe” 2015, nr 11(2), s. 35–50.

<sup>42</sup> J. Zapała, op. cit.

## Modele paternalistyczne versus modele partnerskie w rehabilitacji

Socjologiczna interpretacja relacji między pacjentem i lekarzem ujmuje je zazwyczaj w kontekście paternalistycznych i partnerskich modeli. Modele paternalistyczne, chronologicznie wcześniejsze, są głęboko osadzone w tradycyjnym podziale ról społecznych, które definiują specjalistę jako osobę odpowiedzialną za proces leczenia chorego i dysponującego dostępem do narzędzi zapewniających realizację powyższego zadania. Opisane w literaturze paternalistyczne koncepcje, których istotą jest podkreślenie dominującej roli lekarza, cechuje zróżnicowany stopień nasilenia asymetrii w terapeutycznej diadzie. Konstrukst Talcotta Parsons<sup>43</sup> ma radykalny charakter, co oznacza, że lekarz jest w nim osobą podejmującą decyzje autorytatywne w oparciu o wiedzę, kompetencje i silną legitymizację społeczną. W swoim działaniu kieruje się zasadami: uniwersalizmu, emocjonalnej neutralności oraz specyfiki funkcji. W bardziej liberalnym modelu Thomasa Stephena Szaszy i Marca Hollendra<sup>44</sup> relacja lekarz–pacjent uzależniona jest od stanu chorego i jego zdolności do aktywnego uczestniczenia w terapii. Model zakłada dominację lekarza i podporządkowanie pacjenta, ale uwzględnia się w nim elementy partnerstwa i współdziałania. Ruchy społeczne lat 70. oraz ujawniające się tendencje do humanistycznego przeorientowania nauk o zdrowiu stały się czynnikami sprzyjającymi rozwojowi refleksji nad modyfikacją paternalistycznych modeli indywidualnej i instytucjonalnej opieki zdrowotnej.

*Shared decision making* (SDM), której początki sięgają 1982 r.<sup>45</sup>, jest przykładem koncepcji odpowiadającej na wspomnianą powyżej potrzebę zmiany. W swoich głównych założeniach upodmiotowia pacjenta przez nadanie mu znaczenia w procesie decyzji dotyczących jego zdrowia i zapewnia opiekę opartą na podstawowych wartościach (*achieving valuebased care*). Koncepcja opiera się na założeniu, że przedstawiciele zawodów medycznych są ekspertami w zakresie postępowania opartego na dowodach medycznych, dysponują bowiem wiedzą i praktyką kliniczną, a pacjenci ekspertami w sprawach, które ich dotyczą, tj. doświadczeniu choroby i znajomości elementów

---

<sup>43</sup> A. Zembala, op. cit., s. 37.

<sup>44</sup> Ibidem.

<sup>45</sup> G. Elwyn, D. Frosch, R. Thomson, N. Joseph-Williams, A. Lloyd, P. Kinnersley, E. Cording, D. Tomson, C. Dodd, S. Rollnick, A., Edwards, M. Barry, *Shared decision making: a model for clinical practice*, „Journal of General Internal Medicine” 2012, nr 27, s. 1361–1367.

składających się na styl życia<sup>46</sup>. Powyższe doprecyzowanie zakresów odpowiedzialności obu podmiotów zaangażowanych w rehabilitację ustala relację między nimi jako harmonijną, co postulowano w koncepcji *concordance*, a równocześnie bazującą na klarownie określonych zasobach indywidualnych.

Systematyczny przegląd badań dotyczący kluczowych komponentów modeli *Shared decision making* opublikowany przez Bomhof-Roordink z zespołem<sup>47</sup> ujawnił, że większość z analizowanych w pracy 40 modeli (z czego połowę opublikowano po 2015 r.) w zakresie podstaw teoretycznych nawiązuje do kilku opracowanych przed ok. 20 laty koncepcji takich autorów, jak: Charles<sup>48</sup>, Towle<sup>49</sup> oraz Elwyn<sup>50</sup> i Makoul<sup>51</sup>. Szczegółowa analiza składowych badanych modeli ujawniła, że do najczęściej występujących należą: Opis opcji leczenia (88%), Podjęcie decyzji (75%) i Preferencje pacjenta (68%). Kluczowa, jak się wydaje, dla idei *shared decision making* zmienna „Obojętne podjęcie decyzji” uwzględniona została jedynie w 1/3 opracowań. Do najrzadziej występujących komponentów uwzględnianych w modelach SDM należą: Ekspertyza profesjonalisty opieki zdrowotnej i Ekspertyza pacjenta. Autorzy przeglądu zwrócili także uwagę na fakt, iż pomimo formalnych wytycznych Salzburkskiego Globalnego Seminarium *Salzburg Statement on decision making* w przypadku 1/4 analizowanych modeli osobą odpowiedzialną (*actor*) za proces podejmowania decyzji dotyczących pacjenta jest wyłącznie specjalista opieki zdrowotnej<sup>52</sup>.

---

<sup>46</sup> H. Bomhof-Roordink, F.R. Gärtner, A.M. Stiggelbout, A.H. Pieterse, *Key components of shared decision making models: a systematic review*, „BMJ open” 2019, nr 9(12), e031763, s. 1–11; A. Coulter, *Implementing shared decision making in the UK*, Health Foundation, London 2009, cyt. za: D. Hayes, J. Edbrooke-Childs, R. Town, M. Wolpert, N. Midgley, *A systematic review of shared decision making interventions in child and youth mental health: Synthesising the use of theory, intervention functions, and behaviour change techniques*, „European Child & Adolescent Psychiatry” 2023, nr 32(2), s. 209–222.

<sup>47</sup> H. Bomhof-Roordink, op. cit.

<sup>48</sup> C. Charles, A. Gafni, T. Whelan, *Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)*, „Social Science Medicine” 1997, nr 44, s. 681–692, cyt. za: H. Bomhof-Roordink, op. cit., s. 4.

<sup>49</sup> A. Towle, W. Godolphin, *Framework for teaching and learning informed shared decision making*, „BMJ” 1999, nr 319, s. 766–771, cyt. za: H. Bomhof-Roordink, op. cit., s. 4.

<sup>50</sup> G. Elwyn et al., op. cit.

<sup>51</sup> G. Makoul, M.L. Clayman, *An integrative model of shared decision making in medical encounters*, „Patient Education and Counseling” 2006, nr 60, s. 301–312, cyt. H. Bomhof-Roordink, op. cit., s. 4.

<sup>52</sup> H. Bomhof-Roordink, op. cit., s. 9.

Powyższa analiza wskazuje z jednej strony na dynamikę zmian nastawienia poznawczego w zakresie określenia charakteru współpracy osób chorych i personelu medycznego w procesie terapii, z drugiej zaś strony ujawnia potrzebę namysłu nad sposobami wdrożenia partnerstwa obu podmiotów w praktyce klinicznej.

Należy zaznaczyć, że większość z opisywanych modeli współdziałania decyzji ma charakter teoretyczny, szczególną zatem wartość z punktu widzenia interesu osób chorych mają koncepcje ukierunkowane na implementację do praktyki klinicznej. Jedną z nich stanowi model SDM autorstwa Elwyn i zespołu<sup>53</sup>, uwzględniający trzy etapy: a) Wprowadzenie wyboru, b) Opisanie opcji wyboru oraz c) Wsparcie pacjenta w odkrywaniu własnych preferencji i podjęciu decyzji. Istotną rolę w opisywanym schemacie pełni deliberacja, tj. wspólny, racjonalny namysł lekarza i pacjenta, ew. pacjenta i jego grupy wsparcia nad kwestiami istotnymi z punktu widzenia postępowania medycznego.

Zdaniem autorów artykułu deliberację oraz bliskie jej pojęcie partycypacji, „czyli dobrowolnego, świadomego i czynnego udziału pacjenta w procesie podejmowania decyzji dotyczących jego zdrowia”<sup>54</sup>, można uznać za paralelne wobec medycznych terminów: *concordance* i *adherence*. Bez wątplenia zmiany w postrzeganiu charakteru relacji między osobą chorą i lekarzem zmierzają w kierunku dowartościowania modelu partnerskiego. Warto jednak podkreślić, że nie oznacza to radykalnego odejścia od modelu paternalistycznego, gdyż według Beauchampa i McCullougha<sup>55</sup> bywa on uzasadniony w sytuacjach, gdy brak interwencji lekarza lub niestosowanie się chorego do zaleceń lekarskich mogłyby spowodować u pacjenta ryzyko związane z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.

## Zakończenie

Zagadnienie współpracy osoby przewlekle chorej ze specjalistami opieki zdrowotnej może być reflektowane w dwóch perspektywach.

---

<sup>53</sup> G. Elwyn et al., op. cit., s. 1363.

<sup>54</sup> E. Guadagnoli, P. Ward, *Patient participation in decision-making*, „Social Science Medicine” 1998, nr 3(47), s. 329–331, cyt. za: A. Wagner. *Miejsce deliberacji w procesie podejmowania decyzji o leczeniu. Komunikowanie między lekarzem i pacjentem w perspektywie socjologicznej*, „Zeszyty Prasoznawcze” 2015, nr 2(222), s. 213–223.

<sup>55</sup> T.L. Beauchamp, L.B. McCullough, *Medical Ethics – The Moral Responsibilities of Physicians*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey 1984, cyt. za: B. Antoszewska, U. Bartnikowska, *Paternalizm źródłem dylematów w obszarze pedagogiki specjalnej – wybrane zagadnienia*, „Niepełnosprawność – Dyskursy Pedagogiki Specjalnej” 2017, nr (27), s. 47–59.

Pierwsza z nich zawiera się w diadycznie ujmowanym obszarze relacji, mającej na celu podjęcie planowanej, obopólnej aktywności na rzecz zdrowia osoby z przewlekłą chorobą i lekarza udzielającego jej pomocy. Niezależnie od zastosowanych dla opisu powyższego zjawiska kategorii pojęciowych, którymi operują nauki medyczne i społeczne, pojawia się kwestia zarówno wyszczególnienia jego składowych, jak i przyjęcia określonych koncepcji i charakterystyki ról: profesjonalisty i pacjenta, a także zdefiniowania zakresu odpowiedzialności poszczególnych osób za realizację przyjętych zadań. Można ją nazwać mikroperspektywą.

Druga perspektywa analizy współpracy chorego i specjalisty opieki zdrowotnej – makroperspektywa – dotyczy osadzenia wspomnianej planowanej obopólnej aktywności w szerszym kontekście środowiska społecznego. Odwołując się do ekologicznego modelu U. Bronfenbrennera<sup>56</sup>, wspomniany kontekst tworzony jest przez makrosystem, a zwłaszcza takie jego składowe, jak: wartości społeczne, sytuacja ekonomiczna i in. Wpływają one pośrednio na osobę chorą i lekarza, ich postawy wobec siebie oraz wobec pełnionych ról, ale także na proces podejmowania decyzji leczniczych i charakter interakcji. Wydaje się, że wartości społeczne, takie jak: autonomia jednostki czy kultura, mogą mieć wpływ na subiektywne odczuwanie potrzeby aktywnego uczestnictwa pacjenta w leczeniu. Z kolei czynniki ekonomiczne stwarzają organizacyjne ramy dla realizacji podmiotowych interakcji w placówkach medycznych przez uwzględnienie przestrzeni czasowej, niezbędnej dla budowania pogłębionego kontaktu. Istotne znaczenie dla przebiegu interakcji między lekarzem i pacjentem ma także technologia – zjawisko monitorowania wypełniania zaleceń lekarskich w oparciu o nowe technologie jest szeroko opisywane w literaturze przedmiotu<sup>57</sup>.

Przedmiotem opracowania była analiza teoretycznych ujęć współdziałania osoby przewlekle chorej somatycznie i lekarza w pierwszej z wymienionych perspektyw. Rozważania terminologiczne we wskazanym obszarze wciąż stanowią przedmiot naukowych dociekań<sup>58</sup>.

---

<sup>56</sup> U. Bronfenbrenner, P.A. Morris, *The bioecological model of human development*, „Handbook of child psychology” 2007, nr 1.

<sup>57</sup> M. Mason, Y. Cho, J. Rayo, Y. Gong, M. Harris, Y. Jiang, *Technologies for medication adherence monitoring and technology assessment criteria: narrative review*, „JMIR mHealth and uHealth” 2022, nr 10(3), s. e35157.

<sup>58</sup> J. Fawcett, *Thoughts About Meanings of Compliance, Adherence, and Concordance*, „Nursing Science Quarterly” 2020, nr 33(4), s. 358–360. DOI: 10.1177/0894318420943136.

Analizowane w niniejszej pracy treści ujawniają dynamikę rozwoju zainteresowań przedstawicieli nauk medycznych i społecznych zagadnieniem charakteru interakcji obu podmiotów procesu leczniczego, przy czym kierunek przemian w zakresie percepcji znaczenia autonomii pacjenta i jego współodpowiedzialności za leczenie wydaje się zorientowany na wzrost i wzmocnienie, niezależnie od dyscypliny wiedzy. Bez wątplenia upełnomocnienie osoby chorej i stworzenie warunków podniesienia poczucia sprawstwa i wpływu na rzeczywistość mogą być istotnymi czynnikami wzrostu jej dobrostanu psychofizycznego i obiektywnych efektów terapii medycznej. Z kolei w szerszej perspektywie mogą sprzyjać realizacji formalnych zadań systemu opieki zdrowotnej. W opinii autorów, reprezentujących zarówno nauki medyczne, jak i społeczne, warto kontynuować interdyscyplinarny namysł nad wspomnianą problematyką, zwłaszcza w kontekście zaangażowania nowych technologii (w tym sztucznej inteligencji) w procesy: diagnozy i terapii. Wskazana byłaby także empiryczna weryfikacja reflektowanych koncepcji oraz implementacja wniosków do praktyki opieki zdrowotnej.

## Bibliografia

- Anghel L.A., Farcas A.M., Oprean R.N., *An overview of the common methods used to measure treatment adherence*, „Medicine and pharmacy reports” 2019, nr 92(2).
- Antoszevska B., Bartnikowska U., *Paternalizm źródłem dylematów w obszarze pedagogiki specjalnej – wybrane zagadnienia*, „Niepełnosprawność – Dyskursy Pedagogiki Specjalnej” 2017, nr 27.
- Arnold E.C., Boggs K.U., *Interpersonal relationships e-book: professional communication skills for nurses*, Elsevier Health Sciences, 2019.
- Aronson J.K., *Compliance, concordance, adherence*, „British Journal of Clinical pharmacology” 2007, nr 63(4).
- Aronson J.K., *Time to abandon the term ‘patient concordance’*, „British Journal of Clinical Pharmacology” 2007, nr 64(5).
- Bell J.S., Airaksinen M.S., Lyles A., Chen T.F., Aslani P., *Concordance is not synonymous with compliance or adherence*, „British Journal of Clinical Pharmacology” 2007, nr 64(5).
- Bronfenbrenner U., Morris P.A., *The bioecological model of human development*, „Handbook of Child Psychology” 2007, nr 1.
- Chakrabarti S., *What’s in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders*, „World Journal of Psychiatry” 2014, nr 4(2).



- Czech M., *Współodpowiedzialność pacjenta w procesie leczniczym*, [w:] Bogusławski S., Czech M., *Współodpowiedzialność w procesie leczniczym: stan obecny i rekomendacje dla Polski*, Fundacja Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju, Warszawa 2019.
- Dobska M., *Adherencja. Współodpowiedzialność i współkreacja procesu leczenia*, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Poznań 2020.
- Dońska K., Czarnocki K.J., Emeryk A., *Validation of the Polish version of satisfaction with Asthma Treatment Questionnaire (SATQ)*, „Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii” 2017, nr 34(1).
- Elwyn G., Frosch D., Thomson R., Joseph-Williams N., Lloyd A., Kinnersley P., Cording E., Tomson D., Dodd C., Rollnick S., Edwards A., Barry M., *Shared decision making: a model for clinical practice*, „Journal of General Internal Medicine” 2012, nr 27.
- Friemann K., Wciórka J., *Compliance – przeżytek czy termin użyteczny*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2008, 17(4).
- Głodkowska J., *Być podmiotem i stawać się autorem swojego życia – paradygmat wsparcia w przygotowaniu osób z niepełnosprawnością do budowania własnej tożsamości i wzbogacania dobrostanu*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” 2014, nr 4.
- Goban-Klas T., *Komunikowanie w ochronie zdrowia-interpersonalne, organizacyjne i medialne*, ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2014.
- Hayes D., Edbrooke-Childs J., Town R., Wolpert M., Midgley N., *A systematic review of shared decision making interventions in child and youth mental health: Synthesising the use of theory, intervention functions, and behaviour change techniques*, “European Child & Adolescent Psychiatry” 2023, nr 32(2).
- Horne R., *Compliance, adherence and concordance*, [w:] Taylor K.M.G., Harding G. (red.), *Pharmacy Practice*, Taylor & Francis, London New York 2005.
- Horne R., Weinman J., Barber N., Elliott R., Morgan M., Cribb A., Kellar I., *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*, NCCSDO, London 2005, (40), 6.
- Jones G., *Prescribing and taking medicines*, „BMJ” 2003, nr 327(7419).
- Kardas P., *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych na świecie i w Polsce*, [w:] *Polskiego pacjenta portret własny*, Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, Starogard Gdański 2010.
- Kowalik S., *Psychologia rehabilitacji*, WAiP, Warszawa 2007.

- Krajewska-Kuřak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kuřak W., *Wpływ właściwej komunikacji zespół terapeutyczny – pacjent na zapobieganie nieprzeŝtrzegania zaleceń terapeutycznych*, [w:] E. Krajewska-Kuřak, A.N. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.), *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej: praca zbiorowa*, SILVA RERUM, Poznań 2019.
- Krause A., *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków 2010.
- Kurtz S., Draper J., Silverman J., *Teaching and learning communication skills in medicine*, CRC press, 2017.
- Majewicz P., *Pedagogika lecznicza w Polsce i na świecie – wspólna nazwa, odmienne desygnaty*, „Pedagogika społeczna” 2021, nr 1–2.
- Nowina Konopka M., *Komunikacja lekarz–pacjent: teoria i praktyka*. Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- Ratajska A., Kubica A., *Co leży u podłoża złej współpracy lekarz–pacjent? – spojrzenie psychologa*, „Folia Cardiologica” 2010, nr 5(2).
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, *From compliance to concordance: towards shared goals in medicine taking*, RPS, London 1997.
- Settineri S., Frisone F., Merlo E.M., Geraci D., Martino G., *Compliance, adherence, concordance, empowerment, and self-management: five words to manifest a relational maladjustment in diabetes*, „Journal of multidisciplinary healthcare” 2019.
- Sobczak K., Leoniuk K., Pawłowski L., Spolak N., *Komunikacja kliniczna – porównanie opinii lekarzy i pacjentów*, „Pomeranian Journal of Life Sciences” 2016, nr 62(3).
- Szpunar M., *Doktor Google. Internet jako źródło informacji o zdrowiu*, [w:] Goban-Klas T. (red.), *Komunikowanie w ochronie zdrowia-interpersonalne, organizacyjne i medialne*, ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2014.
- Trojanowska A., Emeryk A., Zarzycka D., *Adherence to therapy regimen by children with asthma and their parents*, „Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii” 2022, nr 39(2).
- Vrijens B., De Geest S., Hughes D.A., Przemysław K., Demonceau J., Ruppert T., Dobbels F., Fargher E., Morrison V., Lewek P., Matyjaszczyk M., Mshelia C., Clyne W., Aaronson J.K., Urquhart J for the ABC Project Team, *A new taxonomy for describing and defining*

*adherence to medications*, „British Journal of Clinical Pharmacology” 2012, nr 73(5).

Wagner A., *Miejsce deliberacji w procesie podejmowania decyzji o leczeniu. Komunikowanie między lekarzem i pacjentem w perspektywie socjologicznej*, „Zeszyty Prasoznawcze” 2015, nr 2(222).

Zapała J., *Compliance, adherence i concordance w relacji między lekarzem a pacjentem jako zintegrowany model komunikacji*, „Psychoonkologia” 2018, nr 22(3).

Zembala A., *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz–pacjent*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Ścisłe” 2015, nr 11(2).

### **Źródła internetowe**

Bomhof-Roordink H., Gärtner F.R., Stiggelbout A.M., Pieterse A.H., *Key components of shared decision making models: a systematic review*, „BMJ open” 2019, nr 9(12).

Fawcett J., *Thoughts About Meanings of Compliance, Adherence, and Concordance*, „Nursing Science Quarterly” 2020, nr 33(4). DOI: 10.1177/0894318420943136.

Kardas P., Lewek P., Matyjaszczyk M., *Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews*, „Frontiers in Pharmacology” 2013. DOI: 10.3389/fphar.2013.00091.

Mason M., Cho Y., Rayo J., Gong Y., Harris M., Jiang Y., *Technologies for medication adherence monitoring and technology assessment criteria: narrative review*, „JMIR mHealth and uHealth” 2022, nr 10(3).

Segal J.Z., *“Compliance” to “Concordance”: A Critical View*, „Journal of Medical Humanities” 2007, nr 28. DOI: 10.1007/s10912-007-9030-4.