

Compliance, adherence i concordance w relacji między lekarzem a pacjentem jako zintegrowany model komunikacji

Compliance, adherence and concordance in relationship between doctor and patient as integrated model of communication

Joanna Zapala

Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

Psychoonkologia 2018, 22 (3): 102–106

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2018.87893>

Adres do korespondencji:

Joanna Zapala
Katedra i Zakład Psychologii
Klinicznej
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań
tel./faks: 61 85 472 73, 61 85 472 74
e-mail: jzapala@swps.edu.pl

Streszczenie

Prezentowano refleksje na temat komunikacji między lekarzem a pacjentem. Artykuł stanowi próbę odpowiedzi na pytanie o wpływ komunikacji na efektywność procesu leczenia oraz jej rolę w osiągnięciu zadowalającego wyniku terapeutycznego. Wskazano na znaczenie aspektów pozamedycznych, takich jak poznanie, zaufanie i aktywne słuchanie, które stanowią zasadniczy element leczenia i w znacznym stopniu wpływają na jego efekty, mimo że są uznawane za drugoplanowe. Przedstawiono trzy typy podejść komunikacyjnych: *compliance*, *adherence* oraz *concordance*. Zaproponowano połączenie ich w integralną całość, gdyż wszystkie są sposobami komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Takie zintegrowane podejście może się przyczynić do poprawy efektów leczenia, gdyż pacjenci mogą być bardziej skłonni, by stosować się do zaleceń lekarskich.

Abstract

The present text is a reflection on communication between doctor and patient. It focuses on the role of communication in treatment effectiveness and in achieving satisfactory therapeutic results. I emphasize the importance of such non-medical aspects, as cognition, trust, and active listening; although considered of secondary importance, they constitute an essential aspect of therapy, and significantly contribute to the final result of the treatment process. I draw attention to three types of communication approach: *compliance*, *adherence* and *concordance*. Since these are ways of communication between doctor and patient, I suggest their unification into an integrated whole. Such integrated approach is likely to augment treatment effects, as patients can be more inclined to follow medical recommendations.

Słowa kluczowe: *compliance*, *adherence*, *concordance*, relacja lekarz–pacjent.

Key words: *compliance*, *adherence*, *concordance*, doctor-patient relationship.

Wiedzę wdrażać w czyn.

Czynami doświadczają.

Doświadczenie przekształcić w mądrość.

Czy to będzie sztuka leczenia?

Czy sztuka życia?

Marzanna Magdoń
„Współodczuwanie w medycynie”, Kraków 2002

Wstęp

Komunikacja między lekarzem a pacjentem odgrywa istotną rolę w procesie leczenia i może znacznie przyczynić się do jego sukcesu [1]. Nie ma wątpliwości, że mamy do czynienia z problemem w tym obszarze. Pokazują to np. badania Organizacji Współ-

pracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), z których wynika, że: „Polska znajduje się na ostatnim miejscu w Europie pod względem czasu, jaki lekarz ma dla pacjenta, przekazywania przez lekarzy zrozumiałych informacji, umożliwiania choremu zadawania pytań i włączenia pacjenta w proces podejmowania decyzji dotyczących leczenia i opieki” [2]. Liczne badania [3–5] wskazują, że „duża część pacjentów jest niezadowolona ze swych relacji z pracownikami służby zdrowia. Źródłem tego niezadowolenia tylko rzadko jest niekompetencja tych ostatnich. Częściej jest to brak umiejętności nawiązywania kontaktu psychicznego z chorymi. Większości pacjentów brakuje odwagi, by pytać o wszystko, co ich niepokoi, i często nie rozumieją dokładnie tego, co mówi do nich profesjonalista” [5].

Niepewność nowej sytuacji oraz brak doświadczenia w nowej roli mogą sprawiać, że pacjent się dystansuje. Sprzeczna z oczekiwaniami treść przekazywanych informacji sprzyja dysonansowi poznawczemu [6]. Fachowe słownictwo medyczne powoduje brak zrozumienia i wycofanie chorego. Zdarza się, że przestaje on interesować się własnym zdrowiem, skupia uwagę na innych przestrzeniach życia, stosuje represję jako nieświadomą formę radzenia sobie w nowej sytuacji [7]. Inną reakcją na problem komunikacyjny jest samodzielne poszukiwanie informacji i próba rozszyfrowania terminów medycznych. Kolejną strategią to całkowite zdanie się na lekarza. Żaden z tych trzech typów zachowania nie angażuje właściwie pacjenta w proces leczenia. W pierwszym przypadku chory zrzuca odpowiedzialność na środowisko zewnętrzne. W drugim następuje przyjęcie na siebie zbyt dużej odpowiedzialności i poszukiwanie wsparcia w często niezrzetelnych źródłach [8]. Trzeci typ zachowania natomiast skutkuje pełnym zrzućeniem odpowiedzialności na lekarza. Tym co łączy te zachowania, jest brak zaufania – albo do lekarza, albo do siebie. Nie sprzyja to nawiązaniu poprawnej relacji i może zakłócać proces leczenia. Wynikiem takiego braku zaufania bywa niestosowanie się do zaleceń lekarskich [9], co bezpośrednio może się przyczynić do pogorszenia stanu chorego. W konsekwencji pacjent, nie widząc poprawy swojego zdrowia, traci zaufanie jeszcze bardziej. Taki proces odzwierciedlają badania przeprowadzone przez agencję Pentor Research International. W 29% przypadków pacjenci przewlekle chorzy niemający zaufania do lekarza przerywali samodzielnie leczenie, twierdząc, że czują się gorzej po zapisanym leku. W 28% przypadków pacjenci zwiększali dawkę leków bez konsultacji z lekarzem, któremu nie ufali. Aż w 35% przypadków pacjenci zaprzestawali zażywania leków, twierdząc, że czują się lepiej [10]. Gdy pacjent samodzielnie poszukuje

informacji, zdarza się, że zmienia lekarzy, nie ufając ich kompetencjom.

Problemy komunikacyjne mogą się pojawić już na samym początku, kiedy wiadomości o stanie zdrowia pacjenta są niedostateczne bądź jest ich zbyt wiele [11]. W efekcie pacjent, wychodząc z gabinetu, nie wie, jaki właściwie jest stan jego zdrowia.

Odpowiedzialność w procesie leczenia, zwłaszcza pacjentów chorujących przewlekle, powinna rozkładać się po połowie [12]. Wola porozumienia jest potrzebna zarówno po jednej, jak i po drugiej stronie. Aby zaistniała dobra, czyli oparta na wzajemnym zrozumieniu komunikacja, niezbędne jest poznanie się lekarza z pacjentem i zbudowanie pomiędzy nimi porozumienia. Poznanie takie buduje uważna obserwacja, aktywne słuchanie i empatia.

Poznanie pacjenta przez lekarza i lekarza przez pacjenta

Wydaje się, że to oczywiste, jednak często nie jest jasne, co kryje się pod pojęciem poznania. Poznanie to przede wszystkim proces rozłożony w odpowiednio długim czasie. W czasie tym nawiązywana jest relacja komunikacyjna, której jakość zależy od kilku czynników. Pierwszym z nich jest wspomniany czas. Relacja trwająca dłużej i powtarzająca się regularnie może zyskać na jakości. Warto się zastanowić, czy w relacji pacjent–lekarz długość wizyty ma istotne znaczenie. Podczas II Ogólnopolskiej Konferencji „Komunikacja w medycynie” na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w wystąpieniu prof. Piotra Zaborowskiego padło stwierdzenie, że pacjent w Polsce przez cały czas konfrontuje się z systemem [13]. W systemie tym nie ma miejsca na relację lekarz–pacjent. Podczas wizyty brakuje czasu na rozmowę z pacjentem, a często nawet na zebranie rzetelnego wywiadu. Trudno poświęcać czas jednemu pacjentowi, gdy tego samego dnia trzeba przyjąć jeszcze kilkudziesięciu innych. Przewidziany czas wizyty między 10 a 20 minut jest wyznaczony tylko teoretycznie, gdyż w polskiej rzeczywistości na daną godzinę zapisywanych jest kilka osób. Sami lekarze są przepracowani i zmęczeni. Nie sprzyja to poznaniu pacjenta, jego dolegliwości i tym samym powoduje jego uprzedmiotowienie. Pacjent przyjmowany jest jako jeden z kilkudziesięciu przypadków. W takich warunkach trudno o powstanie dobrej relacji komunikacyjnej. Jak pokazują badania Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji przeprowadzone w 2016 r., odsetek pacjentów, którzy twierdzą, że lekarze poświęcają im wystarczającą ilość czasu podczas konsultacji, wynosi w Polsce jedynie 59,6%, podczas gdy średnia z 11 wybranych krajów UE to 82,8% [14].

W dłuższej rozmowie przeprowadzany jest wywiad dotyczący dolegliwości pacjenta, przekazywa-

ne są zalecenia. Lekarz wykonuje badanie fizykalne. Bardzo wartościowa może się okazać obserwacja zachowania pacjenta, jego mimiki, gestów, postawy. Komunikaty niewerbalne zawierają istotne informacje, które są nieświadomione przez pacjenta, lecz widoczne dla lekarza [15]. Ponadto obserwacja powoduje, że lekarz skupia się na pacjencie i uważniej go słucha. Dzięki temu pacjent czuje się ważny i traktowany z szacunkiem. Takie podejście pozwala nie tylko na rzetelne zebranie wywiadu, lecz także na – jakże ważne – nawiązanie kontaktu. Uważne wysłuchanie pacjenta sprawia, że zaczyna on ufać lekarzowi [16].

Innym czynnikiem jest aktywne słuchanie [17], zakładające obecność wszystkich zmysłów i nakierowanie uwagi na rozmówcę [18]. Taka postawa przynosi korzyści obu stronom. Pacjent ma przeświadczenie, że jest objęty opieką, co daje mu poczucie bezpieczeństwa. Nabiera zaufania do lekarza i przez to chętniej się otwiera. Dzięki temu lekarz może zebrać dokładny wywiad i dobrać odpowiednią terapię. Tym samym zaczyna działać odwrócona zasada Pareto (20/80) – 20% przekazu będą stanowić twierdzenia i zalecenia, a 80% pytania skierowane do pacjenta [19].

Ostatnim elementem procesu poznania jest empatia. Trafnie opisał ją twórca idei porozumienia bez przemocy Marshall Rosenberg: „jest to umiejętność wyjścia poza siebie i wejścia w doświadczenie drugiej osoby. [...] Transformujące doświadczenie dla obu stron bycia w pełni obecnym i wysłuchanym, które daje akceptację i zrozumienie. Bycie empatycznym oznacza dobry kontakt ze sobą i świadomość własnych emocji i potrzeb” [20]. Empatia jest zdolnością współodczuwania stanów psychicznych drugiej osoby [21]. Innymi słowy – jest to zdolność dostrzegania i interpretowania emocji doświadczanych przez kogoś innego oraz rozumienia jego potrzeb, działań i przekonań. W kontaktach międzyludzkich jest ona bardzo ważna, gdyż wzmacnia więzi. Jest też istotna dla sprawnego procesu komunikacji.

Porozumienie pacjenta i lekarza

Porozumienie wymaga jasnych, obustronnych informacji, długiego czasu kontaktu oraz zaspokojenia potrzeby pacjenta aktywnego udziału w procesie leczenia. Gdy te warunki zostaną spełnione, można mówić o podmiotowym podejściu w komunikacji. W relacji pacjent–lekarz jest to bardzo ważne, gdyż pozwala przejść z przedmiotowego traktowania pacjenta (myślenia o nim w kategoriach przypadku) do postrzegania go jako konkretnej osoby – podmiotu dialogu [22].

Porozumienie jest wynikiem zebrania przez obie strony odpowiedniej ilości informacji (lekarza o pa-

cjencie i pacjenta o lekarzu), obustronnego zrozumienia i wypracowania swobodnego stylu rozmowy, charakterystycznego tylko dla tych dwóch osób pozostających w relacji terapeutycznej (co dodatkowo nadaje intymny i poufny charakter tej relacji oraz zacieśnia więź). Można by się zastanawiać, na ile wartościowe jest ujednolicanie języka komunikacji między lekarzem a pacjentami. Ile pacjent, który chce uzyskać informacje o swoim zdrowiu, jest w stanie zrozumieć z epikryzy? Do jakiego stopnia język medycyny jest dostępny przeciętnemu słuchaczowi? Dobrym rozwiązaniem tych problemów jest wypracowanie indywidualnego kodu komunikacji pomiędzy pacjentem a lekarzem, który powstaje w procesie wzajemnego poznania [23]. Ten język jest właśnie porozumieniem. Jest ono możliwe pomiędzy dwoma równorzędnymi partnerami.

„Obowiązkiem lekarza jest m.in. budowanie i podtrzymywanie odpowiedniej relacji z pacjentem, zapewnianie poczucia bezpieczeństwa, atmosfery zaufania, a także udzielanie fachowej pomocy medycznej. Podstawowym narzędziem służącym lekarzowi do realizacji tych celów jest komunikacja. W przypadku porozumienia z pacjentem komunikacja ma nie tylko przekazać określoną informację, ale też wpływa na postawy, zachowania i samopoczucie chorego” [2].

W jaki sposób można to zrealizować? Ciekawą ideą jest medycyna narracyjna, zaproponowana przez Ritę Charon. Kładzie ona nacisk na unikalną historię pacjenta, jego indywidualną narrację. Zakłada słuchanie opowieści pacjenta, która oddaje biograficzny, psychologiczny i społeczno-kulturowy kontekst jego choroby i proces radzenia sobie z nią [24].

W komunikacji medycznej istnieją trzy różne podejścia prowadzące do uzyskania jak najlepszych efektów terapeutycznych poprzez kreowanie odpowiedniego typu relacji lekarz–pacjent.

Podejścia komunikacyjne – *compliance*, *adherence*, *concordance*

Terminy *compliance*, *adherence* i *concordance* dotyczą podejścia komunikacyjnego i stylu relacji między leczącym a leczonym. *Compliance* i *adherence* to określenia stosunku pacjenta do zaleceń lekarskich.

Compliance, czyli „przestrzeganie zaleceń”, zakłada bierność i pewnego rodzaju podległość pacjenta względem lekarza (w skrócie: lekarz mówi, a pacjent ma wykonywać zalecenia). Jest to komunikacja jednokierunkowa, nakierowana na osiągnięcie efektu [25]. *Adherence* to „trzymanie się planu terapeutycznego”, zakłada wspólne tworzenie planów terapeutycznych przez lekarza i pacjenta oraz ocenę realizacji tych planów przez pacjenta.

Podejście *adherence* jest obecnie preferowane, ponieważ wyraźniej niż *compliance* wskazuje na wypracowanie porozumienia pomiędzy dwoma stronami [26].

Nowsze podejście – *concordance*, czyli „porozumienie z lekarzem” – skupia się na relacji oraz interakcji między pacjentem a lekarzem. *Concordance* ma na celu zrozumienie przez pacjenta sensu działań diagnostycznych i leczniczych, wzmacnia jego akceptację i zaangażowanie. Przekonania i preferencje lekarza i pacjenta są w pełni brane pod uwagę, z uznaniem, że najważniejszy jest pacjent.

W praktyce terminy *compliance*, *adherence* i *concordance* często są używane zamiennie mimo różnic znaczeniowych. Jednak *concordance* nie jest synonimem słów *compliance* ani *adherence*. Nie dotyczy wypełniania zaleceń lekarskich przez pacjenta, ale określa interakcję pomiędzy lekarzem a pacjentem. Zakłada, że konsultacja lekarska to negocjacje równorzędnych partnerów: lekarza i pacjenta [27]. *Concordance* coraz częściej odnosi się też do szerszej koncepcji wsparcia pacjenta w przyjmowaniu leków [28]. W tym ujęciu trzymanie się planu terapeutycznego (*adherence*) jest możliwe dopiero po wypracowaniu partnerskiego porozumienia i przy pełnym zrozumieniu zaleceń lekarza przez pacjenta, a także informacji pacjenta przez lekarza. *Concordance* zakłada zaproszenie do współtworzenia systemu terapii. Pacjent jest zaangażowany w proces leczenia. Problematyka *adherence* szczególnie wybrzmiewa w odniesieniu do wieloletniego leczenia pacjentów chorych przewlekle, zwłaszcza leczonych onkologicznie. „Wieloletnie leczenie wymaga od pacjenta rzetelnej wiedzy o chorobie, o korzyściach z leczenia i konsekwencjach niestosowania się do zaleceń terapeutycznych, ale także zaufania do specjalistów w zakresie medycyny, woli życia i wiary w skuteczność terapii, cierpliwości oraz samodyscypliny” [10].

Odwrócenie relacji między *compliance*, *adherence* i *concordance* oraz ich fuzja

W tym kontekście terminy *compliance*, *adherence* i *concordance* nabierają nowego znaczenia jako nierozłączna triada, a nie jak dotąd trzy odrębne drogi prowadzące do bardziej efektywnego leczenia. Spotkanie lekarza z pacjentem powinno się rozpocząć od zbudowania relacji typu *concordance*. Podejście to ma podstawowe znaczenie. Jest ono możliwe pomiędzy dwoma równorzędnymi partnerami. Od traktowania pacjenta jako równorzędnego partnera zaczyna się dialog terapeutyczny. Przy tak zbudowanym fundamencie możliwa jest głębsza relacja typu *adherence*, czyli zaproszenie pacjenta do świadomego współtworzenia terapii. Le-

karz i pacjent mają wspólny cel, którym jest zdrowie leczonego, razem opracowują plan działania terapeutycznego. W ten sposób odpowiedzialność za podjęte leczenie rozkłada się po połowie. Lekarz zyskuje pewność, że w konsekwencji współtworzenia terapii, a nie tylko jej odbioru pacjent będzie się stosował do zaleceń. Dopiero wówczas przestrzeganie zaleceń (*compliance*) nabiera właściwego wymiaru i może być odpowiedzialnie realizowane przez leczonego. Pacjent, który jest aktywnym podmiotem współtworzącym z lekarzem swoją terapię, podejmuje odpowiedzialność i zgodnie z regułą konsekwencji [29] będzie się stosował do wskazań, aby nie być postrzeganym przez lekarza jako osoba niekonsekwentna w swoich postanowieniach i działaniu.

Podsumowanie

Wszystkie trzy opisane podejścia komunikacyjne są ważne. Nową, istotną propozycją jest traktowanie ich jako komplementarnych, wzajemnie się dopełniających. Podstawą jest dobra komunikacja, ustalenie partnerskiej relacji, podmiotowe traktowanie pacjenta. Dlatego tak ważne jest poznanie się i zbudowanie porozumienia między lekarzem i chorym, skoncentrowanych na wspólnym celu, którym jest zdrowie i dobra jakość życia pacjenta. Na takim gruncie powstaje relacja typu *concordance*. Jej wynikiem jest wspólne, świadome opracowanie strategii leczenia, dobór terapii i leków. Tak ustalona współpraca lekarza z pacjentem sprzyja skutecznemu realizowaniu zaleceń (*compliance*).

Oświadczenie

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Heszen I, Sęk H. Psychologiczne aspekty opieki zdrowotnej. W: Psychologia zdrowia. Heszen I, Sęk H (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008; 248-251.
2. OECD, Reader's guide, in Health at glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-3-en [dostęp: 20.04.2017]. Za: Doroszewska A. Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta. Etyka komunikacji. W: Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej. Ostrowska A (red.). Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2007; 17.
3. Simpson M, Buckman R, Stewart M i wsp. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385-1387.
4. Fong Ha J, Surug Anat D, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J* 2010; 10: 38-43.
5. Burakowska E. Przedmowa. W: Pacjent jako partner. Gordon T. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999; 5-8.

6. Zapała J. Racjonalna terapia zachowania W: Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych. Rogiewicz M (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2015; 352.
7. Berndt C. Tajemnica odporności psychicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015; 71-72.
8. Gwozdecka-Wolniaszek E, Mateusiak J. O stronach internetowych, przekazach medialnych i innych źródłach wiedzy o zdrowiu i chorobie. W: Kultura współczesna a zdrowie. Górnik-Durose M (red.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2013; 194-201.
9. Sheridan CL, Radmacher SA. Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998; 194-203.
10. Polskiego pacjenta portret własny. Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów. Fundacja na rzecz Wspierania Polskiej Medycyny i Farmacji. Pentor Research International, Warszawa 2010; 8.
11. Włodarczyk D, Skuza B. Znaczenie relacji pacjent – personel medyczny w przebiegu leczenia. W: Psychologia w praktyce medycznej. Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 145-149.
12. Eichelberger W, Stanisławska IA. Być lekarzem, być pacjentem. Rozmowy o psychologii relacji. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2013; 79-86.
13. I Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w Medycynie”, Warszawa 22.10.2016. http://www.kfn.uni.wroc.pl/KOMUNIKATY/2016-17/Monika%20Hoppers/Program%20konferencji_ost_2.pdf (dostęp: 9.01.2018 r.).
14. Lekarze w badaniach opinii społecznej 2016. http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0014/110804/Raport-Lekarze-w-badaniach-opinii-spoecznej-w-2016-roku.pdf (dostęp: 9.01.2018 r.).
15. McKay M., Davis M., Fanning P., Język ciała. W: Sztuka skutecznego porozumiewania się. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2018; 67-77.
16. Myerscough PR, Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002; 28-34.
17. Baker LL. Listening Behavior. Spectra, New Orlean 1990.
18. Gordon T, Edwards WS. Rozmawiać z pacjentem. Podręcznik doskonalenia umiejętności komunikacyjnych i budowania partnerskich relacji. Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2009; 64-66.
19. Adams M. Myślenie pytaniami. Wydawnictwo Emka, Warszawa 2015; 46.
20. Zapała J. Egoizm na zdrowie. Newsweek Psychologia 2018; 1: 110-113.
21. Rembowski J. Zarys historii badań nad empatią. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy Studia Psychologiczne 1993; 9: 17-29.
22. Szczeklik A. Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny. Wydawnictwo Znak, Kraków 2007; 255-260.
23. Cylkowska-Nowak M. Komunikowanie w procesie edukacji zdrowotnej. W: Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia. Cylkowska-Nowak M (red.). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2008; 135-147.
24. The Division of Narrative Medicine. About Narrative Medicine. <http://www.narrativemedicine.org/about-narrative-medicine> (dostęp: 29.01.2018 r.).
25. Kubica A, Grzešek G, Sinkiewicz W i wsp. Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii. Folia Cardiol Experta 2010; 5: 54-57.
26. EPF Position Paper. Adherence and Concordance. European Patient's Forum 2015; 5. http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/adherence-compliance-concordance/adherence-paper-final-rev_external.pdf (dostęp: 18.01.2018 r.).
27. Bell JS, Airaksinen MS, Lyles A i wsp. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. Br J Clin Pharmacol 2007; 64: 710-711.
28. Horne R. Compliance, adherence and concordance: implications for asthma treatment. Chest 2006; 130: 65-72.
29. Cialdini RB. Wywieranie wpływu na ludzi. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.