

Каратаева Г.Т.

РОЛЬ ВРАЧА В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

G.T. Karataeva

THE ROLE A DOCTOR IN THE FORMATION OF COMMITMENT TO PATIENTS IN TREATMENT OF CHRONIC DISEASES

УДК: 612.45-30

В данной статье указывается важная роль врача в формировании приверженности пациентов при терапии хронических заболеваний, о путях улучшения комплаентности, о необходимости улучшения коммуникации «врач-пациент»

Ключевые слова: комплаентность, приверженность, роль врача в улучшении приверженности.

This article describes the importance of role of a doctor on forming of compliance of patients in therapy of chronic diseases, on way of improvement of compliance, and necessity of communication improvement "doctor-patient".

Key words: compliance, adherence, role of a doctor in improvement of adherence.

Актуальность: По данным ВОЗ, примерно половина хронически больных не выполняют медицинские рекомендации. Несоблюдение назначений врача приводит к серьезным медицинским последствиям. Во-первых, нарушение режима терапии существенно снижает эффективность лечения. Самое лучшее лекарство становится бесполезным, если пациент не выполняет назначения врача: в лучшем случае состояние больного не меняется, в худшем - болезнь продолжает прогрессировать. Во-вторых, переоценка врачом дисциплинированности больного в сочетании с неэффективностью лечения приводит к многократным пересмотрам терапии и назначению новых лекарств. При отсутствии ожидаемого эффекта врач разочаровывается в успехе лечения, снижается его профессиональный интерес к пациенту, создается впечатление "бесперспективности" больного. В-третьих, если пациент недооценивает важность соблюдения медицинских рекомендаций, недостаточная эффективность терапии вызывает недоверие к профессионализму врача, дискредитирует в глазах больного современную медицину и систему медицинской помощи. Таким образом, возникает порочный круг, в котором сначала больной, а затем и врач способствуют снижению успешности лечения.

Часто полагают, что если выбрано соответствующее лекарственное средство, правильно выписан рецепт и лекарство правильно отпущено, то пациенты будут принимать его правильно и лечение будет успешным. К сожалению, очень часто это не происходит, врачи не уделяют достаточного внимания одной из наиболее важных причин неудач лекарственной терапии - плохой приверженности (комплаентности) пациентов к лечению.

Под приверженностью лечению (комплаентностью) понимают степень соответствия поведения

больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача (Haynes, Sarchett, 1979).

Врачи могут вызвать плохую приверженность пациентов к лечению многообразно: неудачей вызвать уверенность пациента в успехе предполагаемого лечения, давая слишком скудные объяснения или не давая их совсем, бездумным назначением слишком большого количества лекарственных средств, ошибками в назначениях лекарства или неправильным отношением к пациенту в целом.

Общезвестно, что при назначении терапии врач должен придерживаться определенной стратегии и выполнить следующие установки:

- рассказать пациенту о целях лечения;
- инструктировать пациента о приеме ЛС (дозу назначенного препарата, сколько раз в день принимать ЛС, до или после еды и т. д.);
- предупредить об ожидаемых, либо возможных побочных действиях ЛС;
- не забывать о принципе «обратной связи», т.е. переспросить пациента, как он понял назначенное лечение.

К сожалению, на практике указанные установки, в большинстве случаев не выполняются. Одним из важных условий соблюдения режима терапии пациентами является профессионализм врача, так около 50 % случаев неэффективности терапии связано с ее неадекватным применением (1). В процессе формирования комплаентного поведения пациентов важную роль играют не только высокие профессиональные качества врача, но и его личностные характеристики: дипломатичность (100% ответов), организованность (94,2% ответов), общительность (75,0% ответов), творческий подход к своей работе (73,8% ответов). Меньшее число пациентов привлекают в докторе такие свойства личности как практичность (58,3% ответов) и прямолинейность (22,6% ответов). На эффективность интеракций в системе «врач-пациент» оказывают влияние характер профессиональной адаптации и организация его личностных качеств, формирующих медика как компетентного специалиста. Нельзя не учитывать, что большую роль в повышении приверженности играет также авторитет врача (2; 3).

Одним из барьеров успешного лечения сегодня, по-прежнему остается недостаточная приверженность самих врачей к существующим стандартам лечения. Отсутствие готовности врача к интенсифика-

ции терапии (из-за боязни побочных эффектов, возможных метаболических эффектов, осложнений, страха увеличения стоимости лечения, а также отсутствия субъективной убежденности в необходимости снижения АД у конкретного больного) приводит к ухудшению комплаентности пациентов (4).

Получив информацию об уровне приверженности, врачу необходимо выяснить причины ее низкого уровня, и определить дальнейшую тактику ведения пациента для улучшения приверженности.

Основное внимание проблеме комплаенса уделяется в случае хронической патологии. При хронических заболеваниях медицинские рекомендации долгосрочны, порой пожизненны, и успех лечения достигается только при длительной терапии. Степень **приверженности** лечению является существенным моментом в лечении практически всех хронических болезней и синдромов, таких например, как артериальная гипертензия (6) и хроническая сердечная недостаточность (7). 38% госпитализаций пожилых американцев являются результатом неудовлетворительного выполнения предписаний по приему препаратов и в части случаев - его последствий в виде нежелательных лекарственных реакций (8).

Каковы последствия прекращения, например, приема оральных противодиабетических средств? Неудивительно, что они тяжелы. Шестилетние наблюдения за течением болезни у большой группы **диабетиков (13309 чел.)**, которые на продолжительное время отказывались от приема рекомендованных лекарств, показали, что представители этой когорты в **1,9** раз чаще госпитализировались по экстренным показаниям, а общая смертность в этой группе в **2,9** раза превышала таковую среди контингента, **приверженно лечению. (9)**. Таким образом, при проведении длительной терапии необходимо учитывать, что ее эффективность зависит не только от активности действующего начала лекарственных препаратов, но и приверженности **больных** лечению.

Классики отечественной медицины всегда уделяли серьезное внимание прежде всего деонтологическим аспектам поведения врача в лечебном процессе. Врач должен обладать эмпатией – способностью сопереживания, в этом его высшее предназначение. А конкретные условия профессиональной деятельности часто деформируют личность. Например, врач рискует стать поучающим. Появляется, как следствие этого, отчужденность, препятствующая контакту. По наблюдениям психологов и психотерапевтов, **больные** в образе «идеального» врача преж-

де всего отмечают личностные свойства, отражающие эмоциональное отношение врача к **больному**, сопереживание (эмпатию). Специалисты выделяют три преимущественных типа взаимодействия врача и пациента.

Первый тип контакта - руководство, при котором врач занимает ведущую, активную позицию, а больной остается сравнительно малоактивным. Второй тип взаимодействия - «сопереживающее» партнерство, для которого характерно стремление врача к развитию с самого начала лечения активности и ответственности больного за исход лечения. Третий тип взаимодействия - руководство-партнерство, при котором в процессе общения взаимодействие между врачом и пациентом изменяется в направлении от руководства к партнерству вследствие того, что больной становится активным участником лечебного процесса. При суммарной оценке оптимальности и продуктивности контактов высокая ее степень наблюдается при «сопереживающем» партнерстве и руководстве-партнерстве. Руководство как тип контакта необходимо и эффективно при слабой личной мотивации, пассивной установке и невысоком интеллектуальном уровне больных.

Важный вопрос также - адекватное изложение необходимой больному информации, ее доступная подача с учетом образовательного ценза пациента и уровня сложности материала. Эти подзабытые наблюдения и установки, традиционные для отечественной медицины, перекликаются с современными зарубежными публикациями, посвященными **проблеме** повышения эффективности лечения хронических больных (10).

Значимость хорошей коммуникации между пациентом и врачом в связи с приверженностью лечению признается все больше (Stevenson et al., 2004). По сути это означает формирование совместного терапевтического соглашения при полном участии пациента. Это двусторонний процесс, в котором воспринимаемая полезность врача и доверие к нему в значительной степени прогнозируют готовность пациента обсуждать с ним вопросы общего здоровья (Wrigley et al., 2005). Это можно определить количественно, используя оценочный инструмент, который позволяет измерить уровень терапевтического альянса, воспринимаемый пациентом или клиницистом.

В нашем исследовании всего в опросе приняло участие 88 врачей, из них в ЦСМ работают 77 человек (87,5%), 11 (12,5%) в стационаре в терапевтических отделениях (Рисунок 1).

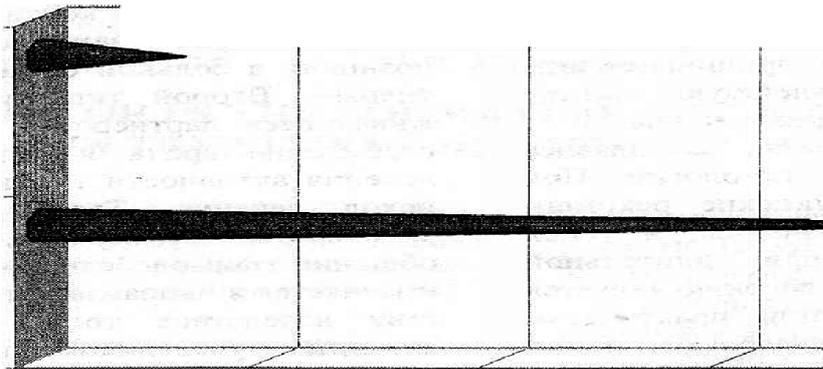


Рис.1. Общее количество врачей.

На вопрос «Сколько больных принимаете во время приема» врачи дали следующие ответы: менее 15 пациентов - 39 (44,3%), 16-25 пациентов - 36 (40,9%), более 26 пациентов - 13 (14,8%) (рисунок 2).

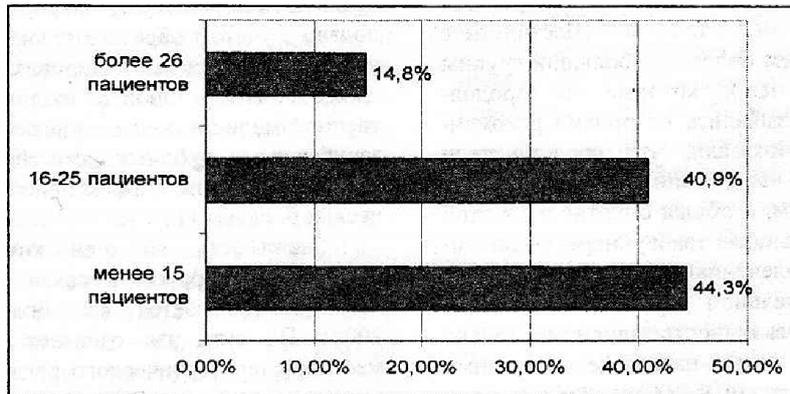


Рис. 2. Количество больных принимаемых врачами за один прием.

В результате опроса врачей также выявили, что врачами каждому больному в среднем уделяется до 10 мин 16 (18,2%), 10-15 мин - 48 врачей (54,5%), более 15 мин - 24 врача (27,3%). Как видно из таблицы оказалось, го большая часть врачей пациентам уделяют в среднем 10-15 минут.(Рисунок 3).

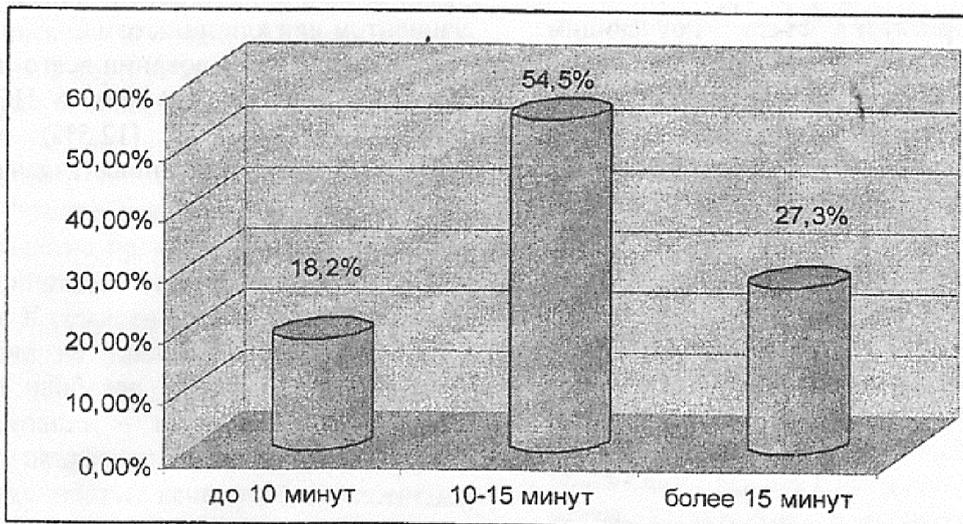


Рисунок 3. Время, уделяемое врачами каждому пациенту.

При сопоставлении данных двух вопросов «Сколько больных принимаете во время приема» и «Сколько времени Вы уделяете одному больному» были получены следующие результаты: среди 39 (44,3%) врачей принимавших менее 15 пациентов, 7 (17,9%) уделяли больному до 10 мин времени, 22

(56,4%) - 10-15 мин, 10 (25,6%) - более 15 мин. Врачи, принимавшие 16-25 пациентов в день, 5-ти (13,9%) пациентам уделяли до 10 мин времени, 22 (61,1%) пациентам - 10-15 мин, а 24 (25%) - более 15 мин. Из 13 (14,8%) врачей, принимавших в день более 26 больных, до 10 мин времени уделяли 4 из них

(30,8%), 10-15 мин - 4 (30,8%) и более 15 мин 5 (38,5%) пациентам.

Выяснение причин плохой приверженности к лечению - важнейшая задача врача. Необходимо оценивать наличие у больного предшествовавшего опыта терапии и ее результативность, убеждения пациента и его отношение к лечению и к болезни, мотивацию к лечению.

Из 88 опрошенных врачей на вопрос «Приобретают ли больные, назначенные вами лекарства?» положительно ответили 80 врачей (90,9%) и «не знаю» - 8 (9,1%). Из всех врачей 5 (5,7%) ответили «нет», при этом указывали следующие причины: из-за отсутствия этих препаратов в аптеках - 1 (1,1%), не считают нужным или не придают значения возможным осложнениям болезни - 4 (4,5%) (Таблица 1).

Таблица 1.

Приобретают ли больные назначенные специалистами препараты?

Специальность	Да		Незнаю	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Семейный врач	51	63,8%	5	62,5%
Терапевт	8	10,0%	0	0%
Кардиолог	4	5,0%	0	0%
Эндокринолог	3	3,8%	1	12,5%
Акушер- гинеколог	1	1,3%	0	0%
Гастроэнтеролог	1	1,3%	2	25,0%
Гинеколог	1	1,3%	0	0%
Дерматовенеролог	1	1,3%	0	0%
Инфекционист	1	1,3%	0	0%
Кожвенеролог	1	1,3%	0	0%
ЛОР-врач	1	1,3%	0	0%
Невропатолог	1	1,3%	0	0%
Нефролог	1	1,3%	0	0%
Окулист	1	1,3%	0	0%
Педиатр	1	1,3%	0	0%
Психиатр	1	1,3%	0	0%
Уролог	1	1,3%	0	0%
Хирург	1	1,3%	0	0%
Всего	80	100%	8	100%

Несомненно, в случае назначения относительно дорогостоящего препарата необходимо выяснить возможность его приобретения пациентом. Для достижения оптимальной комплаентности врач должен проинформировать пациента о необходимости назначения данного препарата, разъяснить как, когда, и в течение какого времени необходимо принимать препарат, предупредить о возможных нежелательных явлениях терапии. Все объяснения должны быть простыми, четкими и сопровождаться письменной версией рекомендаций. Приверженность к лечению может быть также улучшена за счет упрощения самой схемы лечения и введения специальных приемов, помогающих больному не пропускать прием очередной дозы. Существует ряд методических приемов, которые можно использовать с целью

улучшения комплаентности, когда пропуски в приеме препаратов связаны только с «забывчивостью» больного. Можно посоветовать пациенту связать прием лекарств с каким-либо привычным действием в режиме дня - прием пищи, чистка зубов и т.д.

На вопрос об информировании своих больных о дозе препарата, кратности приема и длительности лечения все врачи ответили положительно «да» - 88 (100%).

Как же контролируется врачом соблюдение рекомендаций больным - были получены от врачей следующие ответы: переспрашиваю - 35 (39,8%), спрашиваю при повторном визите - 47 (53,4%), прошу вести дневник - 4 (4,5%), не спрашиваю - 2 (2,3%). Рисунок 4).

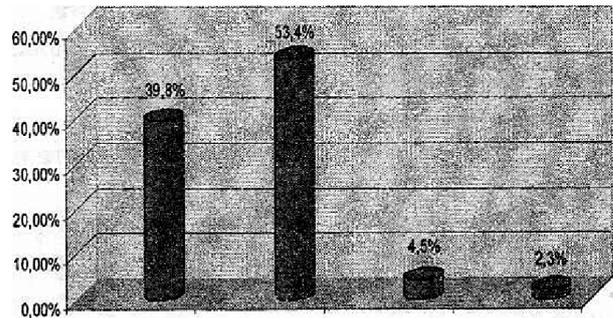


Рисунок 4. Методы, контролируемые врачами по соблюдению рекомендаций пациентов.

Первые контакты между клиницистом и пациентом имеют большое значение для формирования терапевтического альянса и совместного составления плана лечения. Большинство пациентов признают, что им трудно соблюдать сложные схемы лекарственных назначений (Iranietal, 2004). Мы полагаем, что перед началом приема пациентом новых препаратов врачи должны, открыто сказать ему о трудностях приема лекарственных препаратов, описать реалистичные выгоды, а также обсудить возможные неблагоприятные эффекты и другие методы лечения. Пациенты, которые получают такую информацию, лучше осведомлены и с самого начала больше верят в назначенные им лекарственные препараты (Bultman&Svarstad, 2000). Однако как показали наши исследования анализ беседы между врачом и пациентом иллюстрирует, что клиницисты, назначающие препараты, спрашивают примерно у одного из пяти пациентов, как помогают им лекарственные препараты, и только у одного из десяти, проявляются ли у них какие-либо побочные эффекты, что созвучно литературным данным (Sleathe/я, 2003; Youngetal, 2006). Эти вопросы могут задавать еще реже пациентам из уязвимых групп, например индивидам со снижением интеллекта (Lewis-Fernandezeta/, 2005).

Таким образом, на основании проведенных нами исследований и литературных данных можно отметить, что для улучшения комплаентности пациентов к лечению врачам необходимо использовать ряд определенных процедур.

- Информировать пациента о заболевании и лечении.

- Обсудить имеющиеся сомнения и прояснить непонятные вопросы.
- Информировать пациента о рекомендованных изменениях образа жизни, терапии и обеспечить его письменной информацией о назначениях.
- Выявлять проблемы, которые беспокоят пациента, предоставлять ему возможности выработать стратегию поведения для выполнения рекомендаций.
- Подчеркивать необходимость длительного лечения.
- Подбирать индивидуальный режим терапии.
- Вовлекать пациента в принятие решений.
- Определять вместе с пациентом реальные краткосрочные цели в отношении изменения образа жизни и лечения.
- Включать терапию в образ жизни пациента.
- Обсуждать с пациентом возможные побочные эффекты препаратов.
- Поощрять самоконтроль.
- По возможности минимизировать стоимость терапии.
- При каждом визите контролировать соблюдение пациентом рекомендаций, предупреждать пациента об этом.
- Убедиться, что пациент понял рекомендации в отношении режима терапии.
- Назначать пациенту дату следующего визита, прежде чем он покинет кабинет.
- Использовать памятки, напоминать пациенту о предстоящем визите по телефону, электронной почте.
- Устанавливать контакт с пациентами, пропущившими визит.
- Взаимодействовать с другими специалистами.
- Направлять пациента к специалистам для углубленного консультирования по определенным проблемам.

В заключение считаем, что осведомленность пациентов является необходимым, но недостаточным условием, если не предпринимаются соответствующие действия. Целью приведенных установок является - не просто информирование больных, а жизненно важность убедить их изменить образ жизни, т.к. ни обучения, ни действия не может быть без мотивации.

Литература:

1. Мосолов С.Н. Современный этап развития психофармакотерапии / С.Н. Мосолов // Рус.мед. журн. 2000 Т. 10, №12/13. С. 45-49.
2. Benson J., Britten N. Keep taking the tablets. *BMJ* 2003.
3. Benson J., Britten N. Patients decisions about whether or not to take antihypertensive drugs; qualitative study. *BMJ* 2002.
4. Neutel J, Smith D. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension. *J Clin Hypertens* 2003.
5. Ощепкова Е.В. Низкая приверженность больных артериальной гипертонией к лечению: подходы к ее улучшению / Е. В. Ощепкова, Л. Г. Исаева // Атмосфера. Кардиология: Журнал для практикующих врачей. 2003: N 3. С. 33-36.
6. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension* 2003.
7. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005.
8. Col N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication non-compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med.* 1990.
9. Howard T, Stang P, Lydick E. Increased morbidity and mortality associated with discontinuation of oral antidiabetic therapies. Program and abstracts of the 35th Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes; September 28-October 2, 1999; Brussels, Belgium. Abstract 3.
10. Pawar M. Five Tips for Generating Patient Satisfaction and Compliance. *FamPractManag.* 2005; 44-46.

Рецензент: д.м.н., профессор Абилов Б.А.