

Литература

1. Verhave, J. C. The association between atherosclerotic risk factors and renal function in the general population // *Kidney International*. – 2005. – Vol. 67, № 5. – P. 1967-73.
2. Нефрология. Национальное руководство / Под ред. Н. А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с.
3. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за период 2002–2014 гг. по данным официальной статистики / Каприн А. Д., Аполихин О. И., Сивков А. В., [и др.] // *Экспериментальная и клиническая урология*. – 2016. – С. 3.
4. Крылов, В. И. Нарушение эмоциональной и волевой регуляции психической деятельности как основа для развития навязчивых нарушений / Крылов В. И., Бутылин Д. Ю. // *Вестник психиатрии и психологи Чувашии*. – 2014. – № 10. – С. 14-20.
5. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies / Palmer S, Vecchio M, Craig J. C. [et al.]. // *GF Kidney Int*. – 2013. – Vol. 84. №1. – P. 179-91.
6. Prevalence of major depressive episode in CKD / Hedayati S. S., Minhajuddin A. T., Toto R. D. [et al.] // *Am. J. Kidney Dis*. – 2009. – Vol. 54, № 3. – P. 424-32.
7. Обухова, К. С. Психологические факторы формирования нозогений у пациентов с хронической болезнью почек // *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. – 2018. – № 11 (3). – С.110-115.
8. A preliminary investigation of depression and kidney functioning in patients with chronic kidney disease / Cukor D, Fruchter Y, Ver Halen N [et al.]. // *S.J. Nephron. Clin. Pract.* – 2012. – Vol. 122. – № 3-4. – P.139-45.
9. Association of symptoms of depression with progression of CKD / Tsai Y. C., Chiu Y. W., Hung C. C. [et al.] // *Am. J. Kidney Dis*. – 2012. – Vol. 60, № 1. – P.54-61.
10. Increased risk of progression to dialysis or death in CKD patients with depressive symptoms: A prospective 3-year follow-up cohort study / Chiang H. H., Guo H. R., Livneh H. [et al.] // *J Psychosom. Res*. – 2015. – Vol. 79, № 3. – P.228-32.
11. Understanding the impact of hemodialysis on UK National Health Service patients' well-being: A qualitative investigation / Jones D. J., Harvey K, Harris J. P. [et al.] // *J. Clin. Nurs*. – 2018. – Vol. 27. – № 1-2. – P. 193-204.
12. Suicide and chronic kidney disease: a case-control study / C.-H. Liu, M.-K. Yeh, S.-C. Weng [et al.] // *Nephrology Dialysis Transplantation*. – 2017. – Vol. 32, № 9. – P. 524-1529.
13. Risk of development of secondary alexithymia in depressive patients on hemodialysis / Baranskaya L., Uskova E., GavriloVA V., Obukhova K. // *XVI European congress of psychology*. – 2019. – P. 120.
14. The risk factors disrupting psychological adaptation in patients of prolonged dialysis treatment / Baranskaya L., Sokolova E., GavriloVA V., Obukhova Ks. // *Psychiatria Danubina*. – 2019. – Vol. 31, № S4. – P. 655-656.
15. Trzcinska, M. Psychological Aspects of Kidney Transplantation. After the Kidney Transplant // *The Patients and Their Allograft*, Prof. Jorge Ortiz (Ed.). – In Tech. 2001. – P. 398.
16. Dynamics of Cognitive and Emotional Disturbances in Patients with Chronic Kidney Disease / Baranskaya L. T., Klimusheva N. F., Stolyar A. G., Emelyanova L. A. // *J Psychol Clin Psychiatry*. – 2018. – № 9 (4). – P.00514. – Doi: 10.15406/jpcpsy.2018.09.00514.
17. Association between Major Depressive Episodes in Patients with Chronic Kidney Disease and Initiation of Dialysis, Hospitalization, or Death // *JAMA*. – 2010. – Vol. 303, № 19. – P.1946-1953.
18. Готье, С. В. Психологическая адаптация и реабилитация реципиентов донорских органов / Готье С. В., Климушева Н. Ф. // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. – 2016. – № 18 (2). – С. 37-45.
19. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

Сведения об авторе

Обухова Ксения Сергеевна — медицинский психолог, ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница»; ассистент кафедры клинической психологии и психофизиологии, ФГАОУ ВПО УрФУ им. первого Президента России Б. Н. Ельцина. Адрес для переписки: obukhova.ks@gmail.com.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПАЦИЕНТСКОГО КОМПЛАЕНСА

УДК 616-052

**А.П. Сиденкова, Н.В. Изможерова,
И.В. Коврижных, Э.Р. Гарифуллина**

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В представленном литературном обзоре отражены современные представления о пациентском комплаенсе как общемедицинской проблеме. Рассмотрены основные психосоциальные факторы, улучшающие либо ухудшающие комплаенс, с приведением примеров конкретных нозологических форм. Показано, что именно в удовлетворении мотивов пациента лежит ключевой момент конгруэнтности системы «врач-пациент», без чего невозможно построение адекватного медикаментозного пациентского комплаенса.

Ключевые слова: комплаенс, факторы комплаенса, мотивы пациента.

PSYCHOSOCIAL COMPONENTS OF PATIENT COMPLIANCE

**A.P. Sidenkova, N.V. Izmozherova,
I.V. Kovrizhnykh, E.R. Garifullina**

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

This literature review reflects the current understanding of patient compliance as a general medical problem. The main psychosocial factors that improve or worsen compliance considered using examples of specific nosological forms. It is shown that it is precisely in the satisfaction of the patient's motives that the key moment of the "doctor-patient" system consistency lies, without which it is impossible to build an adequate patient compliance to treatment.

Keywords: compliance, compliance factors, patient's motives.

Введение

Согласно данным ВОЗ, лишь 50 % пациентов, проживающих в развитых странах и страдающих хроническими заболеваниями, соблюдают достаточно долго рекомендации, данные лечащим врачом [1]. Из-за такого низкого уровня приверженности к терапии многие пациенты, проконсультированные специалистами здравоохранения и получившие лечение согласно стандартам, не получают эффекта от оказанной помощи. Это приводит к большому количеству повторных обращений за медицинской помощью. Так, например, в США около 5 % пациентов находятся в медицинских учреждениях из-за последствий некомплаенса [2]. Нарушение терапевтического режима закономерно ведет к ухудшению состояния здоровья пациента и может привести к неблагоприятному исходу — в Европе летальность вследствие пациентского некомплаенса была оценена в 200000 человек за год [3]. Кроме человеческих потерь, некомплаентность наносит удар и по финансовым операциям в здравоохранении: Европейская ассоциация федераций фарминдустрии оценивает убытки от пациентского некомплаенса в 125 млрд евро в год, в то время как в США эта цифра доходит до 300 млрд долларов в год [2, 3]. Все это говорит о том, что отсутствие приверженности к лечению — это одна из краеугольных проблем современного здравоохранения, приносящая огромные человеческие и ресурсные потери.

История вопроса приверженности к лечению и определения конкретного термина, обозначающего его, ведут к XX веку. Первыми, кто поднял тему комплаенса, были R.B. Haynes, D.L. Sackett, D.W. Taylor. Авторы использовали в своей работе понятия «patient compliance», «adherence», «noncompliance», сразу поднимая вопрос о возможности измерения комплаенса [4].

Англоязычное слово «compliance» имеет много значений и применяется как термин не только в медицине, но и в банковском деле, менеджменте, физике и т.д. Его перевод в общеупотребительном значении — «податливость». Для медицинского термина более точным будет перевод «согласие». А комплаентность — это соблюдение больным режима и схемы лечения. В «Большом медицинском англо-русском словаре» Г.Н. Акжигитова можно найти следующие термины, синонимичные комплаенсу: «adherence» — соблюдение указаний врача. В некоторых источниках можно найти прямой перевод этого слова — «приверженность»; «faithful adherence» — трогое соблюдение правил приема медикамента или иного лечебного воздействия; «noncompliance» — несоблюдение, неподчинение, несогласие, несоответствие; «concordance» — согласие, соответствие; «patient-physician concordance» — взаимопонимание врача и больного, комплаентность [5].

Сложность и неоднозначность в использовании этих, на первый взгляд, похожих терминов существует и в английском языке. Как правило, термин «комплаенс» означает слепое следование пациентом назначениям врача и отражает

патерналистское отношение к пациенту, в то время как «adherence» (приверженность) подразумевает союз врача и пациента. Некоторые авторы, например J.F. Steiner, M.A. Earnest, в своей статье советуют вообще уйти от клинически неточных терминов «adherence» и «compliance», поскольку цель заключается не в строгом соблюдении рекомендаций, а в улучшении здоровья и качества жизни пациентов [6]. Jeffrey K. Aronson рассматривает разницу терминов, раскрывая смысл «concordance» с опорой на Оксфордский словарь английского языка как согласие и гармонию, а одно из толкований слова «compliance» определяя как «единство, дружеские отношения между сторонами», что, по его мнению, одно и то же, поэтому он отдает предпочтение термину «adherence», который в том же словаре трактуется как «постоянство в практике, наблюдении и уходе» [7]. В целом, такое многообразие понятий, описывающих сходное явление, позволяет говорить о сложности и многогранности проблемы комплаенса.

Цель работы

Выявить основные психосоциальные компоненты пациентского комплаенса.

Материалы исследования

Литература в базах данных РИНЦ, PubMed, Google Scholar.

Факторы комплаенса

Огромное значение в формировании пациентского комплаенса принадлежит социальным и экономическим факторам. Как правило, среди наиболее частотных и достоверно изученных факторов выделяют следующие: более молодой возраст пациентов, низкий уровень образования, жизнь в одиночестве, мужской пол и высокая профессиональная занятость. Эти факторы снижают комплаентность.

Среди факторов, увеличивающих пациентскую комплаентность, исследователи отмечают высокий уровень семейного дохода и наличие хотя бы одного члена семьи, больного артериальной гипертензией. Расовая принадлежность исследуемых и их стаж заболевания никак не влияют на комплаентность [8]. Кроме того, существуют факторы, показавшие в разных исследованиях противоречивую эффективность: уровень медицинской грамотности — знания о своем заболевании, понимание процессов, происходящих в организме вообще. Так, в исследовании Mark S. Juzych и соавторов, проведенном среди 204 пациентов с глаукомой у людей с более низким уровнем медицинской грамотности, выявленной с помощью устного опроса, достоверно ухудшены состояния полей зрения и увеличена скорость их потери [9]. Однако существуют и другие данные, например, в исследовании S. Jandorf, проведенном в Дании среди пациентов с различной хронической патологией сетчатки, не было выявлено значимой связи между уровнем медицинской грамотности и исходом заболевания. При этом уровень грамотности исследуе-

мых был достаточно высоким — от 63 до 73 % по результатам стандартизованного теста [10]. Уровень образования — еще один модифицируемый фактор риска, который улучшает прогнозистический исход при различных заболеваниях и способен улучшить пациентский комплаенс. В исследовании Mohammad Abdul Salam отмечено, что между наличием высшего образования и высокой степенью приверженности лечению существует достоверная причинно-следственная связь [11].

Низкая комплаентность, связанная с системой здравоохранения, в том числе с врачом.

В системе здравоохранения пациенты сталкиваются не только с организационными и режимными сложностями. Самый главный фактор здравоохранения, воздействующий на пациента, — это медицинский персонал, в первую очередь, лечащий врач. От тактики лечащего врача зависят многие опосредованные факторы комплаентности. Один из наиболее обсуждаемых факторов, с помощью которого врач может влиять на пациента, — это эмпатия доктора. Физиологические аспекты влияния эмпатии на пациентов были достоверно подтверждены некоторыми исследователями. Кроме того, проявление эмпатии со стороны врача улучшает терапевтическое сотрудничество между врачом и пациентом, так как помогает наладить контакт [12]. Однако эмпатия — это крайне дорогой ресурс, который может приводить к быстрому выгоранию врачей, поэтому полезность постоянного использования эмпатии в упрочении комплаенса остается дискуссионной [13]. Коммуникация — это важный компонент процесса медицинской помощи. Благодаря терапевтическим отношениям между врачом и пациентом пациенты получают исчерпывающую информацию о своих схемах лечения, поощряются и поддерживаются в их мотивации. Кроме того, пациенты также предлагаются помощь в сборе и использовании необходимых ресурсов для соблюдения предписаний. Поэтому самому врачу важно не иметь предубеждений в отношении пациента. Эта предубежденность может проявляться в культурных, расовых различиях, в том числе в виде эйджизма. Уже со времени обучения профессии формируется отношение будущего врача к пациентам разной возрастной группы, что в дальнейшем влияет на контакт врач—пациент, а это, в свою очередь, влияет на комплаентность и терапию [14].

Низкая комплаентность, обусловленная особенностями пациента.

Один из наиболее важных факторов, влияющих на комплаентность пациента, — это его личностные особенности, так как в альянсе «врач—пациент», составляющем основу формирования комплаентного поведения, происходит взаимодействие личностей пациента и врача. Несмотря

на то что проблема пациентской комплаентности изучается достаточно давно и рассмотрена с разных точек зрения, найти эффективные способы усиления приверженности к лечению на данный момент не удалось. Проведенные исследования опирались на формальные критерии работы диады «врач—пациент», при этом личностные особенности пациентов либо не учитывались, либо были недостаточно оценены. Зачастую при оценке комплаентности пациента при различных соматических заболеваниях учитывались исключительно те показатели, которые были связаны с основным заболеванием, например, лабораторные данные, снижение симптоматики, осложнений, побочных и нежелательных эффектов, варианты исхода. Психологическая же удовлетворенность оценивается реже, для ее определения используется мало специализированных тестов и других методов исследования.

В повседневной клинической практике существует проблема, связанная с конфликтом мотивов между пациентом и врачом. Эта проблема возникает из-за того, что каждый из участников этой диады не пытается понять мотивы своего собеседника. Мотивы могут быть различными: одни пациенты стремятся снизить интенсивность присутствующей у них симптоматики и избавиться от болезни, другие могут преследовать выгоду — формальное получение листа нетрудоспособности без вовлеченности в процесс излечения. В противовес этому есть пациенты, желающие быстрее вернуться в привычную социальную среду, на работу. Такие пациенты будут более комплаентными. Существует группа пациентов, нуждающихся в заботе семьи, друзей и, не получив нужного, они делегируют это системе здравоохранения. В то же время врач может ставить перед собой различные цели — вылечить страдающего пациента, снизить клинические проявления, повлиять на медико-статистические показатели, т.е. выполнить свои профессиональные обязанности, получить экономическую выгоду. В конечном счете между мотивами врача и пациента возникает конфликт, влияющий на комплаентность, в дальнейшем это ухудшается из-за того, что каждый из участников диады не получает желаемого, возникают новые неконгруэнтные мотивы, и патологический круг замыкается [15].

Заключение

Таким образом, комплаенс является многофакторным явлением. Социальные, психологические особенности пациентов и медицинских работников, особенности коммуникации в диаде «врач—пациент», удовлетворенность мотивов пациента при получении им медицинской помощи являются важными компонентами медикаментозного пациентского комплаенса.

Литература

1. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action; New-York: WHO, 2003
2. Schmidt, F. Non-Compliance verursacht vermeidbare Kosten bei Krankenkassen. — <https://www.kma-online.de/aktuelles/wirtschaft/detail/non-compliance-verursacht-vermeidbare-kosten-bei-krankenkassen-a-22766>.
3. Adherence to medication: A nation-wide study from the Children's Cancer Hospital (Egypt) / El Malla, H., Ylitalo Helm, N., Wilderng [et al.] // World J. Psychiatry. — 2013. — № 3 (2). — P. 25-33. — <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24175183/>
4. Haynes, R. B. Introduction. In: Compliance in Health Care / Haynes R. B., Sackett D. L., Taylor D. W. ; editors. Baltimore: