

## Факторы, влияющие на приверженность к терапии: параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

### Резюме

Невыполнение врачебных рекомендаций и назначений является частой причиной инвалидизации и высокой смертности у кардиологических больных. Экспертами ВОЗ подробно анализируются причины неадекватного выполнения рекомендаций. Цель: оценить отношение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями к факторам, влияющим на приверженность к терапии с помощью анкетирования пациентов по параметрам ВОЗ. Материалы и методы: проводилось анкетирование пациентов кардиологического стационара. Применяемая анкета – опросник была посвящена факторам, влияющим на приверженность к терапии (ВОЗ, 2003). Варианты ответов были представлены ранговой шкалой самооценки с пятью позициями. Результаты: факторы, связанные с пациентом, имеют наибольшее значение. Знания пациента о своем заболевании, наличие мотивации к длительной терапии и ожидания от лечения играют положительную роль, в свою очередь, забывчивость приема препарата и страх побочных эффектов оказывают негативное влияние. Не менее важное положительное значение играют факторы, связанные с системой здравоохранения и медицинским персоналом: образование медицинского персонала, пациента, время, отводимое на общение с пациентом. Факторы, связанные с проводимой терапией занимают нейтральное положение. Заключение: Факторы, связанные с пациентом играют важную роль в приверженности к терапии у кардиологических пациентов.

**Ключевые слова:** приверженность к терапии, невыполнение врачебных рекомендаций, доклад ВОЗ, мнение пациентов

### Введение

Сердечно - сосудистая патология остается одной из основных причин смертности и растущих затрат системы здравоохранения. Наибольшее число повторных госпитализаций приходится на пациентов именно этого профиля [1]. В лечении большинства болезней сердечно-сосудистой системы, огромную роль имеет приверженность пациентов к терапии. Низкая приверженность является главной причиной уменьшения выраженности терапевтического эффекта, существенно повышает вероятность развития осложнений основного заболевания, ведет к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение [2,3,4].

В руководстве ВОЗ, опубликованном в 2003 году [4] подробно анализируются причины неадекватного выполнения рекомендаций, и выделяется большое число факторов, влияющих на приверженность к терапии. Все факторы, влияющие на выполнение пациентами врачебных рекомендаций, разделены на пять, взаимодействующих между собой, групп: социально-экономические факторы; факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения; факторы, связанные с проводимой терапией; факторы, связанные с пациентом; факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент (перечислены в таблице 2) [4, 5]. При этом подчеркивается, что ни один из них не является решающим [4].

**Цель:** оценить отношение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями к факторам, влияющим на приверженность к длительному лечению с помощью анкетирования пациентов по параметрам ВОЗ.

### Материал и методы

В 2012 году проводилось анкетирование пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, находящихся на стационарном лечении в отделениях кардиологии и терапии Клинической больницы имени С.Р. Миротворцева СГМУ по поводу сердечно-сосудистого события (ОКС, декомпенсация ХСН, гипертонический криз, пароксизм мерцательной аритмии) и достигших к моменту опроса стабилизации состояния.

В исследование включались только пациенты, имевшие опыт неоднократных госпитализаций. В исследование не включались пациенты младше 18 лет, больные с онкологическими заболеваниями, страдающие деменцией, психическими заболеваниями, находящиеся в терминальной стадии хронических заболеваний. Участие в опросе было анонимным и добровольным.

Применяемая анкета-опросник состояла из 26 вопросов, которые были разбиты на 5 групп и, соответственно, посвящены факторам, влияющим на приверженность к терапии по ВОЗ [4,5] (приведены в таблице 2). В социологических исследованиях при невозможности применения стандартных опросников для проведения исследования и его дальнейшей оценки пользуются различными стандартными измерительными шкалами [6]. Так как цель данного исследования преследовала оценку отношения пациентов к факторам, влияющим на приверженность к терапии по данным ВОЗ, то вопросами данной анкеты являлись сами факторы, влияющие на приверженность пациентов к лечению по мнению экспертов ВОЗ, а варианты ответов были представлены ранговой шкалой самооценки с пятью позициями, содержащей симметричное распределение положительных и отрицательных оценок отношения к изучаемому фактору с равным числом положительных и отрицательных позиций шкалы, разделенных нейтральной (нулевой) позицией [6]. Шкала самооценки является одной из разновидностью шкалы установок. Установка отражает ценностное отношение респондента к объекту, психологически выраженное в его готовности положительной или отрицательной реакции на него. Выбор респондентом того или иного суждения говорит о степени выраженности его эмоционального отношения к предмету установки [6]. При ответе на каждый вопрос пациент мог выбрать одно из возможных утверждений, отражающих его мнение по поводу того или иного фактора, то есть как данный фактор влияет на продолжение назначенной терапии врачом: «крайне положительно», «положительно», «затрудняюсь ответить», «отрицательно», «крайне отрицательно». При анализе результатов учитывалось общее количество ответов каждого пациента по каждой группе вопросов, а также каждому ответу присваивались баллы, при этом положительные и отрицательные результаты были симметричными («крайне положительно» - «+2», «положительно» - «+1», «затрудняюсь ответить» - «0», «отрицательно» - «-1», «крайне отрицательно» - «-2»). В дальнейшем проводился подсчет суммарного условного индекса и индекса отношения по каждой шкале (к изучаемому фактору) [6].

Таблица 1. Клинико-демографическая характеристика пациентов

		Количество человек	Процентный состав
Возраст	Не достигшие пенсионного возраста	19	20,7%
	Достигшие пенсионного возраста	73	79,3%
Пол	Мужской	48	52,2%
	Женский	44	47,8%
Образование	Среднее	28	30,4%
	Специальное	24	26,1%
Профессия	Высшее	40	43,5%
	Умственного труда	56	60,9%
Клиническая характеристика по сердечно-сосудистой патологии и наличию факторов риска	Физического труда	36	39,1%
	Артериальная гипертония	76	82,6%
Причина госпитализации	Гипертонические кризы в анамнезе	58	63%
	ИБС	65	70,6%
	Перенесенный инфаркт миокарда	42	45,6%
	ОНМК в анамнезе	15	16,3%
	Наличие ХСН	65	70,7%
	Наличие сахарного диабета	26	28,3%
	ОКС	65	70,7%
Причина госпитализации	Гипертонический криз	20	21,8%
	Декомпенсация ХСН	4	4,3%
	Острое нарушение ритма	3	3,2%

### Результаты

В опросе согласились принять участие 92 пациента (48 (52,2%) мужчин и 44 (47,8%) женщины), медиана возраста 64 года. Все пациенты имеют сердечно-сосудистую патологию и наличие факторов риска сердечно-сосудистой патологии. (Таблица 1)

Факторы, влияющие на продолжение терапии, по мнению опрошенных нами пациентов, представлены в таблице 2.

Стоит отметить, что не все пациенты полностью ответили на представленные вопросы. Процент не ответивших пациентов по каждому вопросу колебался от 23,9% до 30,4% (22-28 пациентов) (Таблица 2).

По мнению опрошенных пациентов **положительно** на продолжение терапии влияют следующие факторы: социально-экономический статус у 27 (29,3%) человек; степень развития медицинской системы – 31 (33,7%); образование медицинского персонала – 30 (32,6%); образование пациентов - 36 (39,2%); время, отводимое на консультацию врачом – 38 (41,3%); знания пациента о заболевании - 55 (59,8%); мотивация к лечению – 43(46,7%); ожидания от лечения – 41 (44,6%); выраженность симптомов заболевания – 30(32,6%); наличие эффективных методов лечения – 37 (40,2%).

**Отрицательное влияние** на продолжение терапии у пациентов кардиологического стационара оказывают: у 31(33,7%) - военные действия; у 30(32,6%)- побочные эффекты препарата, у 40 (43,5%) – забывчивость; 31 (33,7%)- непонимание инструкций врача, у 37 (40,2%) - страх побочных эффектов и привыкания к терапии; у 33(35,9%) - наличие сопутствующей патологии.

Такой фактор, как предыдущий опыт лечения у 29 (31,5%) ответивших пациентов оказывает положительную роль, и такое же количество пациентов затрудняется ответить по поводу влияния данного параметра.

**Нейтральное отношение** у опрошенных пациентов оказывают такие факторы, как раса, возраст, развитие системы медицинских услуг, сложный режим и количество применяемых препаратов, длительность лечения, частота смены терапии, скорость достижения эффекта, побочные эффекты препарата, скорость прогрессирования заболевания, состояние пациента (физическое, психическое, социальное).

При подсчете суммарного условного индекса и индекса отношения пациентов к предъявляемому фактору по каждой шкале факторов были выявлены результаты, представленные в таблице 3.

При вычислении суммарного условного индекса и индекса отношения к изучаемому фактору было выявлено, что факторы, связанные с пациентом, влияющие на приверженность к терапии, имеют наибольшее значение. Так, положительно влияют осведомленность пациента о своем заболевании, наличие мотивации к длительной терапии и ожидания от лечения. Забывчивость при приеме препаратов и страх побочных эффектов оказывают отрицательную роль. Не менее важное положительное значение оказывают факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения в целом. Менее значимое, но также положительное влияние на продолжение терапии пациентами играет социально-экономический статус и наличие эффективных методов лечения. Сильное отрицательное влияние на приверженность к терапии оказывают военные действия. Что же касается факторов, связанных с проводимой терапией, то для пациентов с сердечно-сосудистой патологией их влияние на степень выполнения рекомендаций нейтрально. Нейтральное положение также занимают и некоторые факторы, связанные с состоянием пациента на момент госпитализации, а именно выраженность симптомов заболевания, состояние здоровья и скорость прогрессирования заболевания. И только наличие сопутствующей патологии оказывает негативное значение.

**Таблица 2. Мнение пациентов кардиологического отделения о факторах, влияющих на приверженность к терапии**

Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии (ВОЗ, 2003) [5]	Оценка влияния факторов по мнению пациентов, n (%)					
	Крайне положительно	Положительно	Затрудняюсь ответить	Отрицательно	Крайне отрицательно	Не ответили
<b>Социально-экономические факторы</b>						
Социально-экономический статус пациента (материальное положение, уровень образования, социальная поддержка, стоимость лечения, ситуация в семье и др.)	9 (9,8%)	27 (29,3%)	18 (19,6%)	9 (9,8%)	4 (4,3%)	25 (27,2%)
Раса	0	11 (12%)	50 (54,3%)	4 (4,3%)	1 (1,1%)	26 (28,2%)
Военные действия на территории страны	0	5 (5,4%)	24 (26,1%)	31 (33,7%)	8 (8,7%)	24 (26,1%)
Возраст	2 (2,1%)	19 (20,6%)	29 (31,6%)	14 (15,2%)	1 (1,1%)	27 (29,4%)
<b>Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения</b>						
Степень развития медицинской системы в целом	9 (9,8%)	31 (33,7%)	16 (17,4%)	12 (13%)	1 (1,1%)	23 (25%)
Степень развития системы распределения медицинских услуг	5 (5,4%)	22 (23,9%)	31 (33,7%)	11 (12,0%)	1 (1,1%)	22 (23,9%)
Образование медицинского персонала (и в частности его представление о проблеме приверженности пациентов к терапии)	12 (13,1%)	30 (32,6%)	21 (22,8%)	6 (6,5%)	0	23 (25%)
Система образования пациентов и их длительного наблюдения	7 (7,6%)	36 (39,2%)	19 (20,6%)	5 (5,4%)	2 (2,1%)	23 (25%)
Время, отводимое на консультацию пациента	7 (7,6%)	38 (41,3%)	16 (17,4%)	8 (8,7%)	1 (1,1%)	22 (23,9%)
<b>Факторы, связанные с проводимой терапией</b>						
Сложный режим приема препаратов, их количество	0	14 (15,2%)	30 (32,6%)	21 (22,8%)	0	27 (29,4%)
Длительность лечения	1 (1,1%)	27 (29,4%)	30 (32,6%)	9 (9,8%)	0	25 (27,2%)
Частота смены терапии	0	14 (15,2%)	30 (32,6%)	23 (25%)	0	25 (27,2%)
Скорость достижения эффекта	6 (6,5%)	27 (29,4%)	30 (32,6%)	5 (5,4%)	0	24 (26,1%)
Побочные эффекты препарата	2 (2,1%)	6 (6,5%)	25 (27,2%)	30 (32,6%)	3 (3,2%)	26 (28,3%)
<b>Факторы, связанные с пациентом</b>						
Знания пациента о заболевании	4 (4,3%)	55 (59,8%)	5 (5,4%)	4 (4,3%)	0	24 (26,1%)
Мотивация к лечению	5 (5,4%)	43 (46,7%)	16 (17,4%)	2 (2,1%)	0	26 (28,3%)
Его ожидания от лечения	3 (3,2%)	41 (44,6%)	24 (26,1%)	0	15 (16,3%)	23 (25%)
Забывчивость	1 (1,1%)	5 (5,4%)	17 (18,4%)	40 (43,5%)	1 (1,1%)	28 (30,4%)
Непонимание инструкций врача	2 (2,1%)	12 (13%)	19 (20,6%)	31 (33,7%)	1 (1,1%)	28 (30,4%)
Страх побочных эффектов, привыкания к терапии	1 (1,1%)	10 (10,8%)	19 (20,6%)	37 (40,2%)	2 (2,1%)	23 (25%)
Предыдущий опыт лечения	0	29 (31,5%)	29 (31,5%)	10 (10,8%)	0	23 (25%)
<b>Факторы, связанные с состоянием пациента на данный момент</b>						
Выраженность симптомов заболевания	3 (3,2%)	30 (32,6%)	28 (30,4%)	7 (7,6%)	0	24 (26,1%)
Скорость прогрессирования заболевания	3 (3,2%)	19 (20,6%)	30 (32,6%)	13 (14,15)	0	27 (29,3%)
Физическое, психическое, социальное состояние пациента	0	20 (21,7%)	33 (35,9%)	12 (13%)	1 (1,1%)	26 (28,3%)
Наличие сопутствующей патологии (депрессия, алкоголизм, наркомания)	0	7 (7,6%)	21 (22,9%)	33 (35,9%)	6 (6,5%)	25 (27,2%)
Наличие эффективных методов лечения	6 (6,5%)	37 (40,2%)	20 (21,7%)	3 (3,2%)	0	26 (28,3%)

### Обсуждение

Данное исследование было посвящено именно оценке пациентами факторов неадекватного выполнения врачебных рекомендаций по данным ВОЗ, т.е. их субъективному мнению по этой проблеме. Необходимо учитывать, что последующее поведение пациента обуславливается различными факторами, и положительная оценка какого-либо фактора не гарантирует, что в реальной жизни данный фактор действительно повлияет на поведение пациента позитивно, равно как отрицательная оценка чего-либо не обязательно приведет к невыполнению врачебных рекомендаций.

**Социально-экономические факторы** играют важную роль в терапии сердечно-сосудистых заболеваний по данным различных авторов [4,7], однако в нашем исследовании только военные действия получили выраженную отрицательную оценку опрошенных пациентов. И, если нейтральное отношение к влиянию такого фактора как раса у российских пациентов вполне предсказуемо (расовый состав нашей страны более однороден, нежели во многих зарубежных странах), то в отношении недооценки социально-экономического статуса это вызывает недоумение. Возможно, данный вопрос был не четко сформулирован, либо пациенты действительно недооценили данный фактор. В литературе возраст пациентов оказывает влияние на приверженность к терапии [4,8,9]: пациенты пожилого возраста менее привержены лечению относительно пациентов молодого возраста [4,8,9]. Однако в нашем исследовании большинство участвующих пациентов относилось к категории пациентов пенсионного возраста, и, возможно поэтому, по их мнению, возраст не влияет на степень выполнения рекомендаций, назначенных врачом.

Таблица 3. Расчет условного индекса и индекса отношения к факторам, влияющим на приверженность к терапии для пациентов кардиологического стационара

Фактор	Частота встречаемости всех суждений (f)	Суммарный условный индекс (I)*частота встречаемости (f)	Индекс отношения (i*f/i)	Медиана
<b>Социально-экономические факторы</b>				
Социально-экономический статус пациента	67	28	0,41	1
Раса	66	5	0,07	0
Военные действия на территории страны	68	-42	-0,61	-1
Возраст	65	7	0,10	0
<b>Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения</b>				
Степень развития медицинской системы в целом	69	35	0,50	1
Степень развития системы распределения медицинских услуг	70	19	0,27	0
Образование медицинского персонала	69	48	0,69	1
Система образования пациентов и их длительного наблюдения	69	41	0,59	1
Время, отводимое на консультацию пациента	70	42	0,6	1
<b>Факторы, связанные с проводимой терапией</b>				
Сложный режим приема препаратов, их количество	65	-7	-0,10	0
Длительность лечения	67	20	0,29	0
Частота смены терапии	67	-9	-0,13	0
Скорость достижения эффекта	68	34	0,5	0
Побочные эффекты препарата	66	-26	-0,39	-0,5
<b>Факторы, связанные с пациентом</b>				
Знания пациента о заболевании	68	59	0,86	1
Мотивация к лечению	66	51	0,77	1
Его ожидания от лечения	69	46	0,66	1
Забывчивость	64	-35	-0,54	-1
Непонимание инструкций врача	65	-17	-0,26	0
Страх побочных эффектов, привыкания к терапии	69	-29	-0,42	-1
Предыдущий опыт лечения	68	19	0,27	0
<b>Факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент</b>				
Выраженность симптомов заболевания	68	29	0,42	0
Скорость прогрессирования заболевания	65	12	0,18	0
Физическое, психическое, социальное состояние пациента	66	6	0,09	0
Наличие сопутствующей патологии	67	-38	-0,56	-1
Наличие эффективных методов лечения	66	46	0,69	1

Примечание: i-условный индекс («+2» – «крайне положительно»; «+1» – «положительно»; «0» – «затрудняюсь ответить»; «-1» – «отрицательно»; «-2» – «крайне отрицательно»).

**Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения** закономерно достаточно высоко оценены нашими пациентами. А вот **факторы, связанные с проводимой терапией** неожиданно получили очень низкую оценку своей значимости. Считается, что переносимость лечения – ведущая причина “удержания” или отказа от проводимой терапии [4,9]. Исследования показывают, что чем быстрее происходит подбор эффективного лечения, тем лучше в последующем приверженность больного этому лечению [9]. Переносимость, эффективность и удобство для больного выбранного режима терапии – один из основных факторов, определяющих приверженность лечению [4,9]. Существует обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и приверженностью, что может быть связано с большей стоимостью многокомпонентной терапии, сложным режимом приема, субъективным неприятием больного [9,10]. Однако, в нашем исследовании такие факторы как сложный режим приема препаратов, длительность лечения, частота смены терапии, скорость достижения эффекта, по мнению пациентов, никак не влияют на процесс лечения. Достаточно сложно объяснить, почему эти действительно важные факторы получили такую низкую оценку. Это в очередной раз показывает, что представления пациента о чем-либо, не всегда полностью осознанны, и тем более не всегда напрямую связаны с его поведением. Что же касается побочных эффектов, то самостоятельный отказ от лечения отмечается при побочных эффектах довольно часто [10]. Полученные нами результаты в отношении факторов, связанных с проводимой терапией, отличающиеся от результатов, описанных в литературе, возможно, связаны с тем, что пациенты

не в полной мере осознают необходимость проводимой терапии, а возможно и действительно отражают их мнение, и данная проблема служит поводом для дальнейшего исследования.

**Факторы, связанные с пациентом** оказались наиболее значимыми для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Наверное, это неслучайно. Все-таки для большего числа, как здоровых лиц, так и людей с какими-либо заболеваниями, то что связано с ними лично, всегда имеет большее значение, нежели внешние факторы, по крайней мере, с точки зрения восприятия и оценки происходящего. Хотя, как уже упоминалось, совершенно не обязательно, что это напрямую отразится на последующем поведении человека. Понимание пациентом своей болезни и ее последствий, принятие угрозы здоровью, понимание выгоды лечения, пользы и риска лечения, наличие мотивации к лечению, положительные ожидания от лечения способствует длительному и регулярному лечению [2,4,7,9,10]. В тоже время непонимание предоставляемой информации от врача, как о заболевании, так и возможностях и способах его лечения отрицательно сказывается на процессе лечения [2,4,7], что и отражают результаты нашего исследования. Предпочтение не принимать лекарственные препараты постоянно, во многом связано с тем, что пациенты опасаются вреда от проводимого лечения. Предыдущий опыт лечения в целом занимает нейтральную позицию. Возможно, вопрос был недостаточно корректен (опыт мог быть как положительным, так и отрицательным), а возможно сами пациенты действительно не осознают значимость данного фактора.

**Факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент.** Наличие сопутствующей терапии играет негативную роль для постоянного лечения, что возможно связано с тем, что при лечении одного процесса происходят изменения со стороны других органов и систем, в результате чего пациент вынужденно прекращает лечение. Интересным оказался тот факт, что выраженность симптомов заболевания, состояние здоровья пациента на момент госпитализации и скорость прогрессирования заболевания, по мнению опрошенных нами пациентов не влияют на степень выполнения врачебных рекомендаций. Возможно, это связано с некоторым недопониманием пациентов представленного параметра, а возможно и отражает истинное положение вещей.

В целом, необходимо отметить, что полученные данные по многим пунктам расходятся с информацией, имеющейся в литературе, и полученной в наших исследованиях ранее [4,5]. С одной стороны, это требует дальнейшего изучения и уточнения, а с другой, заставляет задуматься над тем, что стандартные анкетирования пациентов имеют ряд существенных ограничений: не всегда выявляют истинное мнение анкетирруемых, и могут являться только источником для определенных гипотез, но не данными, на основании которых делаются выводы о дальнейшем поведении человека.

#### Заключение

При анализе отношения к факторам, влияющих на приверженность к длительному лечению пациентов с сердечно-сосудистой патологией при помощи ранговой шкалы самооценки выявлено, что наиболее значимыми являются факторы, связанные с самим пациентом, а не факторы, связанные с проводимой терапией. Учитывая полученные данные, проблема изучения приверженности к терапии и роли самих пациентов в этом процессе требует дальнейшего изучения.

#### Литература

1. Simpson, S.H. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality / S.H.Simpson, D.T.Eurich, S.R.Majumdar // *BMJ*. 2006. №333. P.15.
2. Osterberg, L. Adherence to medication / L.Osterberg, T.Blaschke // *NEMJ*. 2005. №353. P.487-497.
3. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century / London: DoH, 2001. 120 p.
4. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action / Geneva:WHO, 2003. 230 p.
5. Наумова Е.А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.00.06 / Наумова Е.А.; [Место защиты: ГОУ ВПО "Саратовский государственный медицинский университет"]. Саратов, 2007. 236 с.: ил.
6. Толстова Ю.Н. Анализ социологических данных. Методология, дескриптивная статистика, изучение связей между номинальными признаками. – М.: Научный мир, 2000. 352с
7. Britten N. Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population // *Br. J. Gen. Pract.* - 1994; 44(387): 465–468.
8. Pitmman P. Gendered experiences of health care // *Intern. J. for Quality in Health Care.* - 1999; 11: 397–405.
9. Early discontinuation of antidepressants in general practice: association with patient and prescriber characteristics / D. Hansen, W. Vach, J. Roshom et al. // *Am. J. Psychiatry*. 2004; 156: 643–645.
10. Patients' problems with new medication for chronic condition / N. Barber, J. Parson, S. Clifford et al. // *Am. J. Health. Syst. Pharm.* 2004; 61(14): 1473-1478.