

## КОМПЛАЕНТНОСТЬ: КЛИНИЧЕСКИЙ, СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ К ЕЕ ОЦЕНКЕ

**В. В. Деларю, Е. Г. Вершинин**

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра общей и клинической психологии,  
кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины с курсом медицинской реабилитации,  
лечебной физкультуры, спортивной медицины, физиотерапии ФУВ*

Рассмотрены клинический, социологический и психологический подходы к оценке комплаентности, их достоинства и недостатки.

*Ключевые слова:* клиническая, социологическая, психологическая оценка комплаентности.

## COMPLIANCE: CLINICAL, SOCIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO ITS ASSESSMENT

**V. V. Delaru, E. G. Vershinin**

The article reviews clinical, sociological and psychological approaches to the assessment of compliance. We assessed advantages and disadvantages of the approaches.

*Key words:* clinical, sociological and psychological assessment of compliance.

В медицине, еще со времен Гиппократ, уделялось традиционно много внимания различным аспектам взаимодействия врача и пациента, в частности, следованию пациента полученным (от врача) рекомендациям. В обобщенном виде результаты соответствующих исследований показали, что около трети стационарных и две трети амбулаторных больных нерегулярно принимают или, вообще, не принимают назначенную им терапию [3]. В последней трети XX века, вследствие постоянно возрастающей стоимости медицинских услуг, наряду с институционализацией этико-правового сопровождения лечебно-диагностического процесса, интерес к данному вопросу еще больше повысился. Соответственно, с середины 1980-х годов в зарубежной и с конца 1990-х — начала 2000-х годов в отечественной литературе, появилось практически необозримое количество публикаций, посвященных таким очень близким, хотя абсолютно и не идентичным понятиям, как «compliance» (согласие, стремление соответствовать), «adherence» (приверженность), «comprehensive disease management» (управление болезнью), «concordance» (соответствие), «persistence» (настойчивость) [1, 4—8, 11—15]. Наиболее признанными и чаще всего используемыми в России стали «приверженность терапии» («adherence to therapy») и «комплаенс» с его производными (в первую очередь, «комплаентностью»). «Приверженность терапии» обычно определяется как характеристика связанного с лечением поведения пациента в контексте соответствия рекомендациям врача (прием назначенных препаратов, соблюдение диеты, самостоятельное выполнение рекомендованных физических упражнений в процессе реабилитации и т. п.); под «комплаенсом» («комплаентностью») чаще всего понимается согласие на лечение, сотрудничество с врачом и выполнение всех требований терапии или же

точное и осознанное выполнение рекомендаций врача в ходе лечения.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Рассмотреть основные подходы к оценке комплаентности в медицине.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ публикаций в отечественной и зарубежной литературе, посвященных исследованию комплаентности в медицине.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

В принципиальном плане можно выделить три основных подхода к ее оценке: клинический, социологический и психологический.

**Клинический подход.** В стационарных условиях во время обходов врач регулярно узнает у пациента, сколько и какие лекарства ему дают и как он их принимает (отметки в листе назначения о том, что то или иное лекарство дано, не всегда означает, что оно реально дано, тем более, что если оно и дано, то это не означает, что оно было принято). Поскольку пациент может точно не знать названия, то врачу необходимо знать внешний вид назначенных таблеток/драже, чтобы можно было спросить «А зеленую таблетку сколько раз Вам в день дают?», «А половинку белой таблетки как часто Вам дают?» и т. п. Но начинать стоит с общего вопроса «Сколько таблеток и когда Вам дают?» (исходя из доминирующей практики назначения пероральной терапии 3 раза в день — утром, днем и вечером). В случае ответов пациента типа того, что «спасибо, доктор, все, что Вы назначили, я принимаю», специалисту стоит насторожиться и задать несколько дополнительных, конкретно-уточняющих вопросов.

В случае если назначенного препарата в медучреждении нет, но пациент самостоятельно приобретает его, то в контексте комплаентности целесообразно интересоваться числом оставшихся «таблеток» (предварительно узнав, сколько их было первоначально, и понимая, сколько их должно остаться).

В амбулаторных условиях о комплаентности свидетельствует посещение врача в назначенную дату, особенно, если лекарство отпускается по рецепту и можно легко рассчитать, когда оно закончится и пациент должен будет прийти за новым рецептом. Естественно, также целесообразны и конкретные вопросы о том, сколько и какие лекарства принимает пациент, насколько он выполняет другие рекомендации (не связанные с приемом медикаментов).

Нередко о комплаентности врач судит по динамике течения болезненного процесса (насколько она соответствует его представлениям о том, какой она должна быть с учетом назначенной терапии).

С большой долей условности к клиническим методам можно отнести:

- Оценку приема лекарств с помощью определения концентрации препарата или его метаболитов в биологических средах. Это является, с одной стороны, очень затратным способом и предполагает наличие соответствующей аппаратуры, а с другой стороны, в силу индивидуальных биологических особенностей возможны значительные колебания концентрации у разных лиц при приеме одинаковых доз; кроме этого отсутствуют данные о регулярности приема. Соответственно, в российской практике данный подход для оценки комплаентности не применяется.

- Использование MEMS (Medication Event Monitoring System) и eDEM (Electronic Drug Exposure Monitor), которые состоят из электронной микросхемы, помещенной в крышке стандартного контейнера и регистрирующей каждый эпизод его открытия; доказательства реального приема лекарства при этом отсутствуют. Техническая сложность и высокая стоимость также практически исключают использование MEMS и eDEM в практическом здравоохранении.

В целом, клинический подход носит индивидуальный, персонализированный характер и занимает мало времени (чтобы задать несколько грамотных вопросов и получить на них ответы, достаточно 2—3 минут). Однако он не всегда точен (ответы пациента могут не соответствовать действительности) и при этом очень субъективен (заклęcie делается исключительно врачом, хотя врачи и пациенты нередко по-разному оценивают степень выполнения медицинских предписаний [10, 13]). К тому же, даже если врач и оценивает комплаентность пациента, то запись об этом в медицинской документации делается крайне редко и без использования общепринятых критериев (оптимальная комплаентность — 90—100 % принятого количества таблеток от прописанного врачом, удовлетворительная — 70—90 %, частичная — 40—70 %, плохая — менее 40 % [5]).

**Социологический подход.** Очень широко применяется в научно-исследовательских целях, где и доминирует.

Как правило, проводится анкетирование врачей самых различных специальностей (терапевтов, кардиологов, хирургов, стоматологов и т.д.) и делается вывод о комплаентности (или некомплаентности) соответствующего контингента пациентов (в единичных исследованиях используются фокус-группы и кейс-стади).

Однако одно из основных современных требований социологии медицины постулирует компаративный анализ позиций заинтересованных социальных групп для избегания односторонних (и тенденциозных) оценок [9]. Поэтому необходимо анкетирование не только врачей, но и пациентов (их мнения, как уже отмечалось, могут сильно отличаться), причем предлагаемые анкеты для «находящихся в одной лодке, но по разные стороны баррикад», должны содержать ряд одинаково сформулированных вопросов, иначе доказательно говорить о компаративности не представляется возможным. Что касается вопроса о том, кто прав, а кто не прав при расхождении мнений, то в подобных случаях истина, как правило, «где-то посередине» и свидетельствует о недостаточном эффективном взаимодействии в диаде «врач-пациент» (по крайней мере, на групповом уровне).

Социологический подход исключает индивидуальную оценку, а использование самых различных формулировок вопросов / утверждений с самыми разными вариантами ответов, фактически, делает плохо сопоставимыми результаты, полученные независимыми исследователями (единая, «общепризнанная» социологическая анкета для оценки комплаентности отсутствует; кроме того, составленные врачами анкеты в социологическом плане не всегда грамотны).

**Психологический подход.** Применяется практически исключительно в научно-исследовательских целях.

В силу своей простоты популярен тест Мориски-Грин [13]. Согласно его критериям комплаентными считаются пациенты, ответившие на нижеследующие вопросы «нет» 4 раза (набравшие 4 балла; некомплаентными — набравшими 2 балла и менее; набравшие 3 балла считаются недостаточно комплаентными и находящимися в группе риска по развитию некомплаентности):

1. Забывали ли Вы когда-либо принять препараты? (нет/да)
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да)
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (нет/да)
4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? (нет/да) [13].

Данные 4 вопроса может задать лечащий врач (и тогда почти правомерно говорить о «клиническом подходе»); их можно включать в социологическую анкету (но при этом всегда информации о действительно принятых препаратах и соблюдении режима приема не будет).

Р. В. Кадыровым с соавторами (2014) предложен опросник «Уровень комплаентности», которая представлена тремя составляющими:

- социальная комплаентность — стремление соответствовать предписаниям врача, обусловленное ориентацией на социальное одобрение;

- эмоциональная комплаентность — склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленная повышенной впечатлительностью и чувствительностью;

- поведенческая комплаентность — стремление к соблюдению врачебных рекомендаций, направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие [2].

Опросник предложен в двух формах (для людей, страдающих хроническими заболеваниями и для здоровых людей); каждая форма состоит из 66 утверждений. По результатам исследования делается заключение о высоком / среднем / низком уровне социальной, эмоциональной, поведенческой и общей комплаентности. Однако данный опросник нуждается в дальнейшей серьезной апробации.

Для оценки комплаентности также иногда используют:

- Шкалу медикаментозного комплаенса (ШМК), созданную в 2012 г. в НИГНИ им. В. М. Бехтерева в рамках программ комплексной терапии коморбидных психических расстройств. Фактически, представляет собой полуструктурированное интервью: пункты шкалы оцениваются и заполняются исключительно врачом-психиатром в процессе клинической беседы с пациентом; при этом не следует строго следовать пунктам опросника и задавать прямые вопросы, а предпочтительнее вести беседу в нужном русле, отмечая необходимую информацию на бланке или отдельном листочке.

- Опросник отношения к лекарствам (Шкала оценки отношения к лекарственным препаратам — Drug Attitude Inventory, DAI; Т. Р. Hogan, А. G. Awad, R. Eastwood, 1983). Был впервые предложен для оценки комплаенса в фармакотерапии больных шизофренией. Заполняет пациентом, в первоначальном варианте включал 30 вопросов (DAI-30), в настоящее время есть вариант с 10 формулировками (DAI-10).

К сожалению, разработанные под углом специфики пациентов психиатрической практики, опросники ШМК и DAI применяются и в соматической практике.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В силу своей значимости проблема комплаентности широко рассматривается с разных позиций в специальной литературе, однако наблюдается определенный диссонанс между «практикой» и «наукой» вследствие того, что клинический подход, с одной стороны, и социологический и психологический, с другой, во многом напоминают параллельные прямые. При этом существующие подходы базируются на субъективных оценках и не позволяют реально охарактеризовать связанного с лечением поведения конкретного пациента. Соответственно, решение этих вопросов представля-

ется наиболее перспективным в дальнейших тематических исследованиях (наряду с унификацией определения «золотого стандарта» комплаентности).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А. А., Деларю В. В., Куцепалов А. В. Влияние информированности пациента на структурирование взаимоотношений в системе врач-пациент // Социология медицины. — 2004. — № 1 (4). — С. 39—45.
2. Кадыров Р. В., Асриян О. Б., Ковальчук С. А. Опросник «Уровень комплаентности». — Владивосток, 2014. — 74 с.
3. Конечны Р., Боухал М. Психология в медицине. — Прага, Авиценум, 1983. — 407 с.
4. Лапин И. П. Согласие — фактор, определяющий общение пациента и врача и успешность лечения // Клиническая медицина. — 1999. — № 11. — С. 15—18.
5. Леонова М. В., Мясоедова Н. В. Практические аспекты лечения артериальной гипертензии: эффективность и комплаентность // Российский кардиологический журнал. — 2003. — Т. 2., № 2. — С. 66—71.
6. Незнанов Н. Г., Вид В. Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакология. — 2004. — Т. 6, № 4. — С. 159—162.
7. Ощепкова Е. В., Исаева Л. Г. Низкая приверженность больных артериальной гипертензией к лечению: подходы к ее улучшению // Атмосфера. Кардиология: Журнал для практикующих врачей. — 2003. — № 3. — С. 33—36.
8. Фирсова И. В., Михальченко В. Ф. Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2007. — № 2. — С. 3—9.
9. Хвастунова Е. П., Юдин С. А., Вершинин Е. Г., Деларю В. В. Компаративный анализ позиций заинтересованных социальных групп как современное требование социологии медицины // Врач-аспирант. — 2014. — № 2.1 (63). — С. 168—172.
10. Юдин С. А., Деларю В. В., Борзенко А. С. Проблема комплаентности во фтизиатрии: позиции врачей и пациентов диаметрально противоположны // Социология медицины. — 2014. — № 1 (24). — С. 19—21.
11. Leppik I. E. Compliance during treatment of epilepsy // Epilepsia. — 1988. — Vol. 29 (Suppl. 2). — P. 79—84.
12. Luscher T. F., Vetter H., Siegenthaler W., et al. Compliance in hypertension: facts and concepts // Journal Hypertension. — 1985. — Vol. 3 (Suppl. 1). — P. 3—9.
13. Menard J., Chatellier G. Liitng factors in the control of blood pressure: why is there a gap between theory and practice? // Journal Human Hypertension. — 1995. — Vol. 9. (Suppl. 2). — P. 19—23.
14. Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence // Medical Care. — 1986. — Vol. 24. — P. 67—73.
15. Weinden P. J., Shaw E., Mann J. J. Causes of neuroleptic non-compliance // Psychiatric Annals. — 1986. — Vol. 16. — P. 571—575.

## Контактная информация

**Деларю Владимир Владимирович** — к. м. н., д. с. н., профессор кафедры общей и клинической психологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: vvdnvd@gmail.com