

ПОНЯТИЕ КОМПЛАЙЕНСА И ПРОБЛЕМА ИЗМЕРЕНИЯ КОМПЛАЙЕНСА

Работа представлена отделом медицинской психологии

Научного Центра Психического Здоровья РАМН.

Научный руководитель – кандидат психологических наук С. Н. Ениколопов

В статье рассматривается понятие комплайенса. Так как до сих пор не получилось сформировать точное определение данного феномена, рассматриваются разнообразные теории и мнения зарубежных ученых, связанные с этой проблемой; объяснены сложности в постановке определения комплаентных отношений; рассмотрен термин нонкомплайенс, а также приведены возможные варианты измерения уровня комплаентных отношений, что, несомненно, может помочь разобраться в изучении проблематики данного феномена.

Ключевые слова: *комплайенс, нонкомплайенс, проблема измерения, сотрудничество с врачом, поведение пациента, невозможность следовать совету врача, терапевтический альянс.*

CONCEPT OF COMPLIANCE AND COMPLIANCE MEASUREMENT

The concept of compliance is considered in the article. Since the exact definition of this phenomenon has not been formulated yet, various theories and opinions of foreign scientists connected with this problem are considered. The complexities of the definition of compliance relations are explained; the term "noncompliance" is considered. The possible variants of measurement of the compliance relations level are resulted; this, undoubtedly, can help in studying the problematics of the considered phenomenon.

Key words: *compliance, noncompliance, measurement problem, cooperation with a doctor, behaviour of a patient, impossibility to follow a doctor's advice, therapeutic alliance.*

Термин «комплайенс» (compliance) обычно употребляется, когда говорят о приверженности (adherence) лечению или сотрудничестве (cooperation) с врачом. Дословный перевод – «согласие, податливость, уступчивость, угодливость». Одним из первых применил термин «комплайенс» (compliance) к области здравоохранения Sackett [18, p. 1–25] и несколько позднее – Haynes [11, p. 1–18]. На сегодняшний день не существует общепринятого определения комплайенса [15, p. 1499–1506], поэтому в литературе можно встретить различные точки зрения по данному вопросу. Так, например, R. B. Haynes [11, p. 1–18] дает сугубо медицинское определение комплайенса как «меры, в которой поведение индивида (в смысле приема медикаментов, соблюдения диеты или изменения своего образа жизни) соответствует медицинским предписаниям или предписаниям, касающимся здоровья». R. J. Gatchel и A. Baum [9, p. 172–184] под комплайенсом понимают то, что пациент поступает «так, как предлагает ему врач, или следует его совету принять определенную позицию (взгляд), касающуюся здоровья или поведения, связанного со здоровьем».

В последнее время предпринимаются попытки переформулировать это понятие. Комплайенс начали понимать как нечто большее, чем поведение, соответствующее предписаниям врача. Недавно ему было дано определение как активному, намеренному и ответственному процессу, в котором индивид заботится о поддержке своего здоровья в тесном сотрудничестве с представителями здравоохранения. Подчеркивается активное

выполнение предписаний индивидом, а не просто следование изложенным инструкциям [12, p. 530–536].

Сам термин «комплайенс» несет в себе оттенок патернализма. По этой причине он навлек на себя много критики, и были предложены альтернативы ему: приверженность (adherence), сотрудничество (cooperation), обоюдность (mutuality) и терапевтический альянс (therapeutic alliance) [14, p. 379–388], согласованность (concordance) [2, p. 2–9]. Но все же термин «комплайенс» используется чаще, чем альтернативные термины.

Данные изменения в терминологии должны отражать переход от патерналистской модели отношений между доктором и пациентом, когда все важные решения принимает доктор, а пациенту отводится пассивная роль, к более современной модели отношений, которая дает возможность пациенту и членам его семьи участвовать в принятии решений, касающихся лечения. Эта модель отношений позволяет пациенту вести диалог с врачом и получать информацию о своем заболевании и различных подходах к его лечению. Она значительно меньше опирается на безоговорочное доверие к врачу и гораздо больше – на открытость и уважение к пациенту [6, p. 68–70].

Существует явление, прямо противоположное сотрудничеству пациента с врачом (комплайенсу) – нонкомплайенс. Это «невозможность следовать совету врача», а вернее, «степень невыполнения пациентом того, что ему или ей предписал врач» [9, p. 172–184]. Например, при лечении астмы нонкомплайенс может проявляться в употреблении меньше-

го количества ингалятора, чем предписано (самовольное уменьшение дозы или количества приемов лекарств в день) [2, р. 2–9]. Нонкомплайенс часто встречается при медикаментозном лечении [7, р. 63–76] и при хронических заболеваниях [8, р. 177–187]. Обнаружено, что от 1/3 до 1/2 пациентов не могут справиться с медицинскими приборами или не выполняют предписания (такое поведение можно отнести к категории нонкомплайенса) [4, р. 443–455]. Исследования, посвященные лечению широкого спектра заболеваний, показывают, что только 40–70% пациентов сотрудничают с врачами, выполняя их предписания или советы, т. е. комплиантны. Сотрудничество с врачом становится еще меньше в случае предписания превентивных процедур [9, р. 172–184]. G. M. Cochrane, R. Horne и P. Chaney [3, р. 763–769] выделяют две большие категории нонкомплайенса: ненамеренный («случайный») и намеренный («умышленный, обдуманый»). Ненамеренный нонкомплайенс может быть следствием плохо налаженного контакта (недостатка общения) между доктором и пациентом или невозможности следовать совету доктора. Намеренный нонкомплайенс имеет место тогда, когда пациент знает, что от него требуется делать, но решает не выполнять это так, как предписано.

Сотрудничество с врачом (комплайенс) — это высоко индивидуальный феномен, и принятие решения о том, выполнять предписания врача или нет, представляет собой динамический процесс [7, р. 93–100]. Изменение поведения (в том числе такое, когда пациент решает более старательно придерживаться рекомендаций врача, т. е. когда он решает стать более комплиантным) обычно совершается не немедленно, а постепенно и включает в себя несколько шагов. Эти шаги описываются в стадиях модели изменений. Решаясь изменить свое поведение, пациент должен взвесить все доводы «за» и «против» согласно со своим стилем жизни и убеждениями о здоровье. По мере того как пациент движется от неосознанности всех своих проблем через обдумывание изменений к реальным поступкам, число доводов «за» увеличивается, а «против» — уменьшается.

Если произошло изменение, то для пациента возрастает значимость самоэффективности (уверенность в преодолении трудностей и поддержании новых поведенческих паттернов). Поддержание любого продвижения вперед и поощрение продолжения изменений очень существенны на протяжении всего процесса изменений, но на каждой стадии со стороны врачей требуются различные виды помощи. Подчеркивается, что отношение пациента к врачу и их взаимоотношения могут значительно повлиять на комплаиенс пациента [2, р. 2–9].

Нонкомплайенс (отсутствие сотрудничества с врачом) считается главной проблемой современной системы здравоохранения, которая возлагает на последнюю значительное финансовое бремя [4, р. 443–455]. Нонкомплаиентное поведение может не только дорого стоить с точки зрения времени, денег и других ресурсов, но и привести к ухудшению отношений между доктором и пациентом [10, р. 114–116]. В статье L. R. Trick [20, р. 264–270] упоминается одно общественное исследование в Канаде, показавшее, что нонкомплайенс по отношению к медицинскому лечению приводит к 125 000 смертей каждый год, сотням тысяч случаев госпитализации и миллионам потерянных рабочих дней.

Исследователи и клиницисты интересуются проблемой комплаиенса потому, что комплаиенс по отношению к предписанному режиму лечения является показателем того, что последует положительный для здоровья результат [16, р. 593–606]. Комплаиенс пациента является тем фактором, от которого зависит эффективность режима лечения. Отсутствие комплаиенса значительно затрудняет достижение целей лечения [1, р. 244, 245]. Характер и значимость проблем, связанных с комплаиенсом, сходны для всех нозологий, режимов лечения и возрастных групп [5, р. 48–90].

Итак, проблема комплаиенса представляет собой относительно новую, но очень важную для медицинской практики область исследований. Психологические аспекты комплаиенса мало изучены по сравнению с медицинскими аспектами. Данная проблема разрабатывалась в основном западными учеными, а в российской психологии она освещена довольно

слабо. Поэтому проблема сотрудничества с врачом современна и актуальна, особенно для науки нашей страны.

Проблема измерения комплайенса. Отсутствие общепринятого определения комплайенса затрудняет попытки операционализировать и измерить это понятие. Как поведенческое понятие комплайенс включает в себя комплекс действий, намерений, эмоций и феноменов, которые недоступны прямому наблюдению. Поэтому одна из главных проблем при изучении комплайенса по отношению к лечению – получение точных измерений комплаиантного поведения.

Существует множество способов оценки комплайенса. Один из них – оценка, данная врачом. Но врачи, к сожалению, слишком неточно определяют, принимают их пациенты лекарства или нет. Второй способ – довериться самоотчету пациента. Как показали исследования, при сравнении самоотчетов с некоторыми объективными показателями приема лекарств оказалось, что пациенты правдивы, когда они заявляют, что не принимали лекарства. Однако если пациент заявляет, что он принимал лекарства, как предписано, то такие самоотчеты часто не подтверждаются объективными показателями [19, p. 193–196].

Самоотчет может давать переоценки привязанности следования рекомендациям, хотя некоторые исследования комплайенса, в которых самоотчеты сравнивались с другими методами оценки, дали точные результаты. Прочие виды поведения, связанного с рекомендациями в области здоровья, достаточно трудно поддаются измерению, кроме как с помощью задавания вопросов: например, пищевое поведение, физическая активность, употребление алкоголя и курение. В каждом случае перед пациентом встает непростая задача, например, попытаться восстановить в памяти, что было съедено в течение нескольких дней. Более того, всегда есть риск того, что будет преувеличена оценка «хорошего» поведения [13, p. 88–99].

Третий способ измерения комплайенса – использование объективных показателей. Например, можно считать принятые таблетки, проверять аптечные записи или взвешивать флаконы, используемые для хранения лекарств. Для обращения к данным методам требуется достаточно точная информация о том, какое именно количество лекарств прописал врач. Имеется множество разных проблем, которые могут приводить к неточным измерениям. Так, лекарства могут употребляться другими членами семьи, друзьями или просто выбрасываться (это особенно верно для таких лекарственных средств, как транквилизаторы или снотворные).

Относительно просто дело обстоит с такими действиями (поведением) пациента, для которых можно вести формальную запись (например, иммунизация). Но даже здесь встречаются затруднения: не все посещения и процедуры записываются, или пациент пользуется услугами здравоохранения в различных учреждениях [19, p. 193–196].

Следующий, четвертый, подход к измерению комплайенса включает биохимический анализ. Присутствие некоторых лекарств можно определить, исследуя кровь, мочу или другие телесные выделения. Иногда исследователи помещают вещества-маркеры в лекарства. К примеру, рибофлавин можно добавлять к лекарствам для прослеживания их использования. Но не всегда удастся получить точные результаты, так как на подобные биохимические индикаторы могут действовать побочные факторы, которые не имеют никакого отношения к употреблению лекарств [13, p. 88–99].

Итак, все вышеперечисленные способы оценки комплайенса имеют свои существенные недостатки и не могут считаться совершенно надежными. Таким образом, измерение уровня комплайенса представляет собой не решенную на сегодня проблему. Есть необходимость в разработке инструмента для измерения комплайенса по отношению к режимам лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Cameron C.* (1996) «Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens» *J Adv Nurs*, Aug 24: 244-5.
2. *Chapman K. R., Walker L., Cluley S., Fabbri L.* (2000) «Improving patient compliance with asthma therapy» *Respiratory Medicine*, 94. P. 2–9.

3. *Cochrane G. M., Horne R, Chanez P.* (1999) «Compliance in asthma therapy» *Respir Med* Nov 93:763-9.
4. *Donovan J. L.* (1995) «Patient decision making. The missing ingredient in compliance research» *Int J Technol Assess Health Care* Summer; 11:443–455.
5. *Dunbar-Jacob J, Erlen J. A., Schlenk E. A., Ryan C. M., Sereika S. M., Doswell W. M.* (2000) «Adherence in chronic disease» *Annu Rev Nurs Res* 18: 48–90.
6. *Encyclopedia of Psychology* (2000, vol. 3), American Psychological Association. Oxford University Press, P. 68–70.
7. *Evans L., Spelman M.*, (1983) «The problem of non-compliance with drug therapy» *Drugs* Jan 25:63–76.
8. *Feinberg J.* (1998) «The effect of patient-practitioner interaction on compliance: a review of the literature and application in rheumatoid arthritis» *Patient Educ Couns* Jun 11(3): 177–187.
9. *Gatchel R. J., Baum A.* (1983) «An introduction to Health Psychology» NY: Random House. P. 172–184.
10. *Griffith S.* (1990) «A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines» *Br J Gen Pract* Mar 40: 114-6.
11. *Haynes R. B.* (1979) «Introduction» // Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, eds. «Compliance in Health Care» Baltimore: Johns Hopkins University Press, P. 1–18.
12. *Hentinen M. & Kyngas H.* (1992) «Compliance of young diabetics with health regimens» *Journal of Advanced Nursing* 17, 530–536.
13. *Kaplan R. M., Sallis J. F., Patterson Th. L.* (1993) «Health and human behavior» McGraw-Hill USA. P. 88–99.
14. *Kyngas H., Kroll Th., Duffy M. E.* (2000) «Compliance in adolescents with chronic disease: a review» *Journal of adolescents health* 26: 379–388.
15. *Kyngas H., Skaar-Chandler C. A., Duffy M. E.* (2000) «The development of an instrument to measure the compliance of adolescents with chronic disease» *Journal of advanced nursing* 32: 1499–1506.
16. *Morris L. S., Schulz R. M.* (1993) «Medication compliance: the patient's perspective» *Clin Ther*, May-June, 15: 593–606.
17. *Ruffalo R. L., Garabedian-Ruffalo S. M., Pawlson L. G.* (1985) «Patient compliance» *Am Fam Physician* Jun 31:93–100.
18. *Sackett D. L.* (1976) «Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance» // Sackett D. L. Haynes R. B., eds. «Compliance With Therapeutic Regimens» Baltimore: Johns Hopkins University Press, P. 1–25.
19. *Stone G. C., Cohen F., Adler N. E.* (1982) «Health Psychology» Jossey-Bass Publishers, Washington-London, USA. P. 193–196.
20. *Trick L. R.* (1993) «Patient compliance—don't count on it!» *J Am Optom Assoc* Apr 64(4): 264–270.

REFERENCES

1. *Cameron C.* (1996) «Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens» *J Adv Nurs*, Aug 24: 244-5.
2. *Chapman K. R., Walker L., Cluley S., Fabbri L.* (2000) «Improving patient compliance with asthma therapy» *Respiratory Medicine*, 94. P. 2–9.
3. *Cochrane G. M., Horne R, Chanez P.* (1999) «Compliance in asthma therapy» *Respir Med* Nov 93:763-9.
4. *Donovan J. L.* (1995) «Patient decision making. The missing ingredient in compliance research» *Int J Technol Assess Health Care* Summer; 11:443–455.
5. *Dunbar-Jacob J, Erlen J. A., Schlenk E. A., Ryan C. M., Sereika S. M., Doswell W. M.* (2000) «Adherence in chronic disease» *Annu Rev Nurs Res* 18: 48–90.
6. *Encyclopedia of Psychology* (2000, vol. 3), American Psychological Association. Oxford University Press, P. 68–70.
7. *Evans L., Spelman M.*, (1983) «The problem of non-compliance with drug therapy» *Drugs* Jan 25:63–76.
8. *Feinberg J.* (1998) «The effect of patient-practitioner interaction on compliance: a review of the literature and application in rheumatoid arthritis» *Patient Educ Couns* Jun 11(3): 177–187.
9. *Gatchel R. J., Baum A.* (1983) «An introduction to Health Psychology» NY: Random House. P. 172–184.
10. *Griffith S.* (1990) «A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines» *Br J Gen Pract* Mar 40: 114-6.
11. *Haynes R. B.* (1979) «Introduction» // Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, eds. «Compliance in Health Care» Baltimore: Johns Hopkins University Press, P. 1–18.

12. *Hentinen M. & Kyngas H.* (1992) «Compliance of young diabetics with health regimens» *Journal of Advance Nursing* 17, 530–536.
13. *Kaplan R. M., Sallis J. F., Patterson Th. L.* (1993) «Health and human behavior» McGraw-Hill USA. P. 88–99.
14. *Kyngas H., Kroll Th., Duffy M. E.* (2000) «Compliance in adolescents with chronical disease: a review» *Journal of adolescents health* 26: 379–388.
15. *Kyngas H., Skaar-Chandler C. A., Duffy M. E.* (2000) «The development of an instrument to measure the compliance of adolescents with cronical disease» *Journal of advanced nursing* 32: 1499–1506.
16. *Morris L. S., Schulz R. M.* (1993) «Medication compliance: the patient's perspective» *Clin Ther*, May-June, 15: 593–606.
17. *Ruffalo R. L., Garabedian-Ruffalo S. M., Pawlson L. G.* (1985) «Patient compliance» *Am Fam Physician* Jun 31:93–100.
18. *Sackett D. L.* (1976) «Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance» // Sackett D. L. Haynes R. B., eds. «Compliance With Therapeutic Regimens» Baltimore: Johns Hopkins University Press, P. 1–25.
19. *Stone G. C., Cohen F., Adler N. E.* (1982) «Health Psychology» Jossey-Bass Publishers, Washington-London, USA. P. 193–196.
20. *Trick L. R.* (1993) «Patient compliance—don't count on it!» *J Am Optom Assoc* Apr 64(4): 264–270.