

Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: основные принципы. Часть 1

А.М. КАЛИНИНА, С.А. БОЙЦОВ

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва

Effective prophylactic counseling in patients with chronic noncommunicable diseases and risk factors: Basic principles. Part 1

A.M. KALININA, S.A. BOITSOV

State Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of Russia, Moscow

Статья содержит принципы профилактического консультирования пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидизации и смертности взрослого населения в России. Рассматривается концептуальная основа эффективного профилактического консультирования, направленная на формирование партнерства врача и пациента в долгосрочном контроле риска заболеваний, обусловленных поведенческими факторами риска. Дано определение профилактического консультирования как совокупности трех составляющих — информирования пациента, мотивирования его к изменению отношения к здоровью и обучения оздоровлению поведенческих привычек и стереотипов. Подчеркивается преимущество группового профилактического консультирования (школ для пациентов) как технологии, обеспечивающей социальное общение и поддержку в процессе обучения пациента. В статье описаны отличия и преимущества адресного профилактического (поведенческого) консультирования по сравнению с санитарным просвещением, обращается внимание на важность в процессе такого консультирования учитывать особенности отношения пациента к здоровью, поведенческим факторам риска, его восприятие болезни, представление о жизненных ценностях, понимание собственной роли в лечении и контроле риска заболеваний и представлена тактика эффективного профилактического консультирования в зависимости от этих особенностей пациента. В настоящее время проблеме эффективного профилактического консультирования придается особое значение, технологии консультирования включены в качестве обязательных компонентов в новые порядки диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения.

Ключевые слова: профилактика, хронические неинфекционные заболевания, факторы риска, консультирование, диспансеризация, профилактические медицинские осмотры.

The paper contains the principles of prophylactic counseling in patients with risk factors for chronic noncommunicable diseases that are a major cause of adult disability and death in Russia. It considers the conceptual basis for effective prophylactic counseling, which aims at creating a physician-patient partnership in the long-term control of the risk of diseases caused by behavioral risk factors. The prophylactic counseling is defined as a combination of three components: patient awareness; patient motivation to change his/her attitude towards health; and learning to improve behavioral habits and stereotypes. The benefit of prophylactic group counseling (schools for patients) is emphasized as a technology ensuring social communication and support during patient education. The paper describes the differences and advantages of address prophylactic (behavioral) counseling over health education, directs attention to the importance of the specific features of the attitude of a patient towards health, behavioral risk factors, his disease appreciation, concept of life values, understanding of his role in the treatment of diseases and the control of their risk to be taken in account during such counseling and presents tactics for effective prophylactic counseling in relation to the traits of the patient. Particular significance is nowadays attached to the problem of effective prophylactic counseling; counseling technologies are included as essential components of medical in the new schemes of follow-up and prophylactic medical examination of the adult population.

Key words: prophylaxis, chronic noncommunicable diseases, risk factors, counseling, follow-up, prophylactic medical examinations.

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются основной причиной инвалидизации и смертности взрослого населения в большинстве стран, в России эти показатели в несколько раз превышают средневро-

пейские, что определяет высокую социальную значимость таких заболеваний, как сердечно-сосудистые (ССЗ), зло-

Контактная информация:

Калинина Анна Михайловна — д.м.н., проф., руководитель отд. профилактики в первичном звене здравоохранения ГНИЦ ПМ
e-mail: akaliniina@gnicpm.ru

качественные новообразования, сахарный диабет, ряд заболеваний обмена веществ [1].

Противостоянию болезни как в острой, так и особенно в хронической стадии способствуют согласованные действия и усилия врача и пациента. Уже тысячелетие прошло с времен Авиценны (980—1037), который говорил: «Нас трое — врач, больной и болезнь. Если врач с больным не объединится, болезнь не победить». Это высказывание актуально и в наши дни. Важно понимать, что роль больного в этом процессе не может ограничиваться простым подчинением медицинским предписаниям — пациент должен стать активным и ответственным участником терапевтического процесса, часть функций должен выполнять сам пациент, в частности меры по снижению риска заболеваний и осложнений, которые зависят от его отношения к болезни и поведенческих привычек. Только такое распределение ответственности формирует партнерство врача и пациента, повышает приверженность его к выполнению врачебных назначений и в конечном итоге способствует эффективному долговременному контролю заболеваний [2].

В последнее время многие исследователи обращают внимание на важность проблемы приверженности пациентов, изучают и анализируют факторы, влияющие на ее формирование [3—5]. Обращают внимание на то, что низкая приверженность больных особенно актуальна при ХНИЗ, в частности при ССЗ [2, 4, 5], что является главной причиной снижения эффективности лечения больных, увеличения вероятности осложнений, роста затрат на лечение.

Соответствие поведения и действий пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни определяется термином «*приверженность*» [3—6], которая обусловлена множеством факторов, связанных с *пациентом* (восприятие заболевания, авторитет врача, уровень образования, личностные и психологические особенности, уровень дохода и пр.); с *врачом* (профессионализм, взаимоотношение с больным, заинтересованность и пр.); с *терапией* (сложность или простота схем лечения, побочные действия, цена и пр.); с *внешними факторами* (наличие или отсутствие социальной поддержки, взаимопонимания, сочувствия и пр.) [4].

Сегодня уже ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что партнерство врача и пациента — путь к успеху лечения и улучшению прогноза течения заболевания. Вместе с тем формирование партнерства требует со стороны врача определенных умений и знаний основ эффективного врачебного (фельдшерского) консультирования, в широком смысле которое может быть определено как профилактическое консультирование.

Концептуальная основа эффективного профилактического консультирования. Известно, что для эффективного профилактического консультирования важно знать и уметь применять общие законы процесса общения (коммуникации), так как на практике процесс общения между врачом и пациентом (передача информации, проведение диалога, беседы) менее эффективен, чем кажется. Влиять на других людей — трудная задача [9, 10]. Поэтому от того, как специалист-консультант владеет основными правилами эффективного общения, зависит и эффективность консультирования [6, 7, 11].

Профилактическое консультирование — это не только доходчивое, понятное объяснение, но и попытка повли-

ять на пациента, мотивировать его к изменению, оздоровлению поведения. Специальные исследования проблемы коммуникации (общения) показывают, что, слушая собеседника, мы вольно или невольно (осознанно или неосознанно) вначале реагируем на то, *кто* говорит, затем на то, *как* говорит, и только затем на то, *что* он говорит. Важно помнить, что если врач дал совет, сказал пациенту, то это еще не означает, что пациент все услышал; если даже больной услышал, нет уверенности, что он все правильно понял; если пациент все понял правильно, нет уверенности, что пациент принял понятое в качестве побудительного мотива для оздоровления привычек и выполнения рекомендаций, и даже если пациент все правильно понял и обещал выполнить рекомендацию, нет уверенности в том, что он станет ежедневно следовать советам [2, 6]. Процесс профилактического консультирования нередко может быть более эффективным при групповом методе в рамках школ здоровья, например для пациентов с артериальной гипертонией, сахарным диабетом, стенокардией, факторами риска и пр., которые в последние годы все активнее внедряются в реальную практику здравоохранения [7, 11].

Важным принципом эффективного профилактического консультирования является «обратная связь» — контроль процесса того, что услышано, как понято, как принимается, а также какова реакция пациента на врачебные рекомендации (согласие или несогласие).

Эффективная «обратная связь» определяется многими факторами, к основным из которых относятся:

- четкое разъяснение цели рекомендации/совета;
- умение задавать вопросы и выслушать пациента с повторным объяснением сути совета (при необходимости);
- при объяснении исключение двусмысленности, нечеткости и специальных медицинских терминов или сложных объяснений;
- проявление эмпатии (внимание к чувствам других людей и понимание их проблем) и открытости (избегание стереотипов, осуждения и скорых суждений).

В процессе профилактического консультирования следует избегать наиболее частой ошибки — информационной перегруженности, использования специальных медицинских терминов, что, как правило, сопровождается непониманием и негативным отношением пациента.

Психологические факторы и личностные качества врача играют важную роль в эффективном профилактическом консультировании и могут как повышать его результативность, так и создавать барьер для восприятия пациентом рекомендаций [2, 6, 11].

Профилактическое консультирование направлено не только на информирование больного, но и на создание у него мотивации к выполнению советов (повышение к приверженности к выполнению врачебных назначений). Ключевым звеном для реализации концепции партнерства становится обучение больного через профилактическое индивидуальное или групповое консультирование [5—7].

Эти особенности принципиально отличают процесс профилактического консультирования от методов санитарного просвещения, методы профилактического консультирования являются важнейшими направлениями лечения заболевания и могут быть отнесены к поведенческой терапии [6].

Достижению цели профилактического консультирования содействуют принципы единства трех обязательных составляющих:

— *информирование пациента* о риске заболевания, факторах риска его развития и прогрессирования, методах самоконтроля, советы и рекомендации по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск заболевания, о принципах и особенностях медикаментозного лечения и пр.;

— *обучение пациента* с применением несложных, но важных для процесса обучения основ педагогики, что требует от врача знания принципов обучения взрослых;

— *мотивирование пациента* и побуждение к принятию с его стороны активных действий по отказу от вредных привычек, оздоровлению образа жизни и соблюдению врачебных назначений, что требует от врача знаний некоторых принципов психологии, в частности касающихся формирования мотиваций, изменения поведения и пр.

Важное значение для эффективности профилактического консультирования и обучения имеет желание пациентов изменить привычный образ жизни и повседневные привычки и их стремление овладеть знаниями и умениями по сохранению здоровья, что определяется мотивацией [8—10].

Мотивация — это сложный процесс формирования осознанного стремления пациента получить новые навыки по снижению риска заболевания. Формирование у взрослых мотивации к сохранению здоровья подчиняется общим сложным законам [8] и обусловлено множеством факторов, взаимодействующих на нескольких уровнях: необходимо *понять*, что и для чего необходимо изменить, *принять* важность оздоровления именно для себя, *желательно проверить на опыте, ощутить* или убедиться на конкретном примере в действенности и важности рекомендаций [8].

Именно компоненты профилактического консультирования (информирование—обучение—мотивирование), особенно их единство в технологии консультирования, позволяют повысить его результативность в отношении формирования мотивации у пациента и в конечном итоге приверженности к выполнению врачебных назначений.

Действенность профилактического консультирования усиливает *групповое обучение пациентов* — создается атмосфера коллектива (микросоциума), нивелируется чувство одиночества, улучшается эмоциональный контакт. Эффективность повышается за счет обмена опытом между пациентами, примеров из жизни и пр. Необходимо помнить, что групповое профилактическое обучение более эффективно, если подкрепляется индивидуальным консультированием [5—7].

Восприятие больным рекомендаций зависит от его представлений о жизненных ценностях, отношения к здоровью, а также от понимания своей роли в лечении и контроле риска заболеваний и стадии формирования и изменения поведения (поведенческих привычек) [9, 10]. Пациент должен понимать и принимать ответственность за состояние своего здоровья и действовать не вопреки, а вместе с врачом, выполняя предписанные им рекомендации и назначения. В течение жизни под влиянием различных внутренних или внешних факторов у пациента формируются разные поведенческие модели восприятия болезни — отношения к своей болезни и действия [2, 8]. Ниже приведены наиболее часто встречающиеся пове-

денческие и психологические модели восприятия болезненным заболеванием, обусловленные также и психологическими особенностями формирования и изменения поведения [9, 10], что важно учитывать для определения психологических акцентов и особенностей профилактического консультирования.

Отрицание пациентом болезни. Самочувствие пациентов не нарушено, они отвергают мысли об имеющемся заболевании, врачебные рекомендации, как правило, не выполняют. Такие пациенты обычно малоинформированы о заболевании и факторах, способствующих его развитию, или информированы достаточно полно, но не желают ничего изменять в своем привычном образе жизни и режиме, опасаясь (осознанно или неосознанно) снижения качества своей жизни. Можно ожидать, что в процессе реализации новых порядков диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, вводимых в настоящее время в практику первичной медико-санитарной помощи, высока вероятность выявления именно такой категории пациентов [12, 13].

Особенности консультирования при отрицании пациентом болезни. В отношении этой категории пациентов врачу важно уметь проявить не только профессиональную компетентность, но и искусство врачевания с умением объяснить, не навредив и не сформировав ятрогению. Важно акцентировать внимание пациента не на устрашении в отношении риска осложнений, а на необходимости устранения факторов, провоцирующих заболевание, и приема необходимого лечения, необходимо избегать запугивания, но подчеркивать позитивные «выгоды» соблюдения врачебных рекомендаций для здоровья и самочувствия. Консультирование таких пациентов потребует времени и терпения со стороны врача, так как объяснение природы заболевания и факторов риска по возможности должно быть максимально индивидуализировано для конкретного пациента. При консультировании важно концентрироваться на информировании, разъяснении проблемы, вначале без глубокой детализации конкретных советов. Участие таких пациентов в групповом обучении способствует повышению формирования мотивации к оздоровлению.

Отрицание пациентом связи между образом жизни и развитием болезни. Такие пациенты считают себя больными, но отвергают причинную связь между образом своей жизни и заболеванием, ищут виновных, оценивают врачебные рекомендации как бесполезные, особенно скептически относятся к советам по оздоровлению поведенческих привычек, ищут объяснения и аргументы в пользу перекладывания ответственности за свое здоровье чаще всего на окружающих и на медиков, не желают ничего изменять в своем привычном образе жизни и режиме, не верят в эту необходимость.

Особенности консультирования при отрицании пациентом связи между образом жизни и развитием болезни. В такой ситуации важно объяснение не столько природы заболевания, сколько факторов риска заболевания, применительно к конкретному пациенту, необходимо при объяснении акцентировать внимание на устранение факторов риска, обусловленных конкретно его нездоровыми поведенческими привычками, но не осуждать и назидательно советовать. Консультирование необходимо проводить в форме беседы с активным обсуждением, не в директивной (назидательной) форме — спрашивать, обсуждать, обмениваться мнениями, уточнять отношение са-

мого пациента к советам и действиям, избегая категоричности и строгих запретительных формулировок. Групповое обучение таких пациентов способствует формированию их приверженности к выполнению врачебных назначений.

Частичное понимание пациентом заболевания и факторов риска. Некоторые пациенты нередко создают собственное представление о заболевании, часто искаженное и отрицающее важные поведенческие факторы, негативно влияющие на течение заболевания, «высказывают» во врачебных советах уловки и объяснения, позволяющие оправдать их в собственных глазах и не принять собственной ответственности за здоровье. Такие пациенты часто сами ставят условия, преграды и ограничения в рекомендациях врача, соглашаются на лечение и самоконтроль, но частично, выбирая более удобные для себя меры и советы.

Особенности консультирования при частичном понимании пациентом заболевания и факторов риска. Таким пациентам необходимо детально объяснить природу заболевания и риск осложнений. При беседе важно постоянно контролировать реакцию и восприятие советов, обязательно необходимо использовать элементы «обратной связи». При обучении таких пациентов целесообразно применение техники демонстрации рисков с использованием таблиц и шкал суммарного риска, что может оказаться важным аргументирующим механизмом к принятию врачебных рекомендаций по оздоровлению поведенческих привычек и контролю над заболеванием, важна демонстрация и аргументация «выгод» от врачебных рекомендаций, от оздоровления поведенческих привычек.

Повышенный страх пациента перед болезнью и ее исходом. Наиболее неблагоприятно, если такие пациенты «уходят в болезнь», ставят барьеры перед советами, особенно если эти советы обращены на их собственные действия в отношении лечения, склонны перекладывать ответственность на медиков. Пациенты осознают, что больны, могут быть склонны к преувеличению потенциально риска для жизни, что может повысить вероятность депрессивных состояний, задают множество вопросов, стремятся получить больше информации о заболевании, воспринимают советы врача и особенно конкретные рекомендации, но не всегда их выполняют.

Особенности консультирования при повышенном страхе пациента перед болезнью и ее исходом. Акцент при врачебном консультировании должен ставиться как на содержании, так и на форме предоставления информации. Полезными могут быть дискуссии с другими пациентами (например, в школах здоровья), важно акцентировать внимание не столько на природе заболевания, сколько на устранении комплекса факторов риска, обусловленных нездоровыми поведенческими привычками, на «выгоде» и реалистичности здорового образа жизни. Для таких пациентов особенно важна социальная поддержка близких, семьи.

Адекватное понимание пациентом заболевания и риска его осложнений. Это наиболее оптимальная, хотя и реже встречающаяся модель восприятия пациентом своего заболевания. Пациенты объективно понимают и оценивают риск и сущность заболевания, а также необходимость собственных усилий по снижению риска и регулярности выполнения врачебных назначений. Пациенты активно сотрудничают с врачом.

Особенности консультирования при адекватном понимании пациентом заболевания и риска его осложнений. Это наиболее желательная для врача модель восприятия болезни. Следует иметь в виду, что при правильно организованном врачебном профилактическом консультировании (с учетом особенностей моделей психологического восприятия болезни) вполне реалистично постепенно сформировать у пациентов именно эту модель восприятия. Акцент при врачебном консультировании таких пациентов должен ставиться на конкретных рекомендациях и примерах, особенно если они включают обмен фактами из жизни других пациентов, что нередко может быть использовано в групповом профилактическом консультировании (школах для пациентов). Такие пациенты наиболее восприимчивы к конкретной информации о сохранении здоровья. В школах здоровья такие пациенты становятся незаменимыми помощниками врача в создании атмосферы доверия и поддержки, что крайне важно для эффективного профилактического консультирования и обучения.

Процесс оценки поведенческих моделей пациентов не простой и требует от врача навыков, времени и опыта. Однако распознавание поведенческих моделей пациента имеет значение для эффективного врачебного консультирования как при индивидуальной работе с пациентом, так и при групповом обучении.

Важно сформировать у пациента осознанное восприятие врачебных рекомендаций, чтобы сократить несоответствие между уровнем информированности о заболевании и практическим выполнением советов, выражающемся в изменении нездорового поведения и привычек.

Обеспечить эффективную реализацию этих концептуальных основ профилактического консультирования на практике в полной мере позволяет обучение пациентов в школе здоровья как форме группового профилактического консультирования [6, 7, 11], основанного на принципах эффективного обучения. Однако и при индивидуальном профилактическом консультировании необходимо владеть основами эффективного профилактического консультирования, изложенными выше.

История создания школ для пациентов с различными заболеваниями хронического течения насчитывает в нашей стране более 15 лет. Накоплены достаточно богатый опыт и доказательства результативности и клинко-экономической эффективности обучения пациентов в школах при различных заболеваниях: сахарном диабете, артериальной гипертензии, бронхиальной астме, коронарной болезни сердца и др. [6, 7, 11].

Важно, что эффективное профилактическое консультирование (групповое и индивидуальное или их сочетание) обеспечивает не только повышение информированности пациентов о риске заболеваний и путях его снижения, но и формирует необходимую им социальную поддержку.

В заключение следует подчеркнуть, что среди многих проблем профилактики ХНИЗ, и в частности ССЗ, находящихся в компетенции и зоне ответственности системы здравоохранения, межличностные отношения врача и пациента выступают как ключевые, так как могут явиться основным движущим началом реальных и успешных превентивных мер при условии базирования на концептуальных принципах эффективного профилактического консультирования. В то же время, если эти принципы не учитываются, трудно ожидать партнерских согласованных действий врача и пациента в оздоровлении поведенческих

привычек и приверженности к выполнению врачебных назначений.

В настоящее время проблеме эффективного профилактического консультирования придается особое значение, технологии консультирования включены в качестве

обязательных компонентов врачебного/фельдшерского профилактического консультирования в новые порядки диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения [12, 13].

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Рано умирать. Регион Европы и Центральной Азии. Всемирный Банк. М: Алекс 2006; 176.
2. Adherence to long-term therapy, evidence of action. WHO 2003. [Электронный ресурс]. www.who.int
3. Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д., Фофанова Т.В. Повышение приверженности к терапии: «дело техники»? Сердечная недостаточность 2011; 12: 4: 66.
4. Власюк Т. Приверженность терапии: в поисках улучшения. Аптека 2008; 30: 4: 651. [Электронный ресурс]. <http://www.apteka.ua/article/6906>
5. Концевая А.В., Калинина А.М., Концевая Т.Б., Омеляненко М.Г. Факторы, определяющие эффективность контроля артериальной гипертензии, и приоритеты в управлении этими факторами. Проф забол и укреп здоровья 2006; 4: 3—6.
6. Калинина А.М. Концептуальная основа профилактического консультирования пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития. Кардиоваск терап и проф 2012; 4: 4—9.
7. Калинина А.М., Поздняков Ю.М., Ощепкова Е.В., Еганян Р.А. Школа здоровья. Артериальная гипертензия. Руководство для врачей. М: Геотар-Медиа 2008; 188.
8. Маслоу А.Г. Мотивация и личность. Пер. с англ. СПб: Евразия 1999; 478.
9. Прохоров А.В., Велисер У.Ф., Прочаска Дж.О. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение. Вopr психол 1994; 2: 113—122.
10. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy. Theory Res Pract 1982; 19: 276—288.
11. Щекотов В.В., Зиньковская Т.М., Голубев А.Д., Хасанова Р.Б. Обучение больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом и бронхиальной астмой (теория, методика, результаты). Пермь: ПГМА 2003; 229.
12. Приказ Министерства РФ №1006н от 03.12.12 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп населения». [Электронный ресурс]. <http://medspecial.ru/forum/forum88/topic843>
13. Приказ Министерства РФ №1011н от 06.12.12 «Об утверждении порядка проведения профилактических медицинских осмотров». [Электронный ресурс]. <http://mzsrrf.consultant.ru/page.aspx?1029514>