

КОВАЛЬ ІРИНА АНДРІЇВНА

доктор психологічних наук, доцент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, м. Київ

**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ
ЛІКАРЯ З ПАЦІЄНТОМ**

Стаття присвячена обґрунтуванню ефективності впливу продуктивної взаємодії лікаря з пацієнтом. Більше однієї третини всіх соматичних пацієнтів не виконують вказівки лікаря. Вони припиняють або змінюють правила прийому медикаментів, кратність прийому, тривалість прийому. Іноді пацієнти самостійно змінюють схему лікування або припиняють медикаментозне лікування. Це стає причиною того, що кількість хворих з маніфестацією симптомів захворювання, ускладненнями захворювань постійно зростає. Ми пояснили і порівняли терміни «комплаєнс», «адгеренс» та «конкорданс», які описують взаємодії в процесі лікування хворого. Проаналізували ймовірні причини порушень хворими схем лікування. Ми визначили індивідуально-психологічні властивості особистості пацієнтів, які допомагають досягненню пацієнтами прихильності до лікування. Після визначення індивідуально-психологічних властивостей особистості пацієнтів, які детермінують досягнення високого рівня прихильності лікування, ми можемо забезпечити підвищення ефективності лікування соматичних хворих. Установку на лікування визначає тип особистості пацієнта. Рівень прихильності до лікування корелює з рівнем особистісної тривожності. Підтвердили, що прихильність до лікування визначає його ефективність.

Ключові слова: комплексний медико-психологічний підхід, соматичні хвороби, комплаєнс, адгеренс, конкорданс.

Актуальність дослідження. За даними різних дослідників, не зважаючи на можливості сучасної та ефективної медикаментозної терапії, більше половини соматичних хворих, приблизно третина припиняють лікування, особливо протягом перших кількох місяців після його початку та переважна більшість приймає лише 50% призначених препаратів [1, 2, 3].

Фахівці ВООЗ підкреслюють, що низька прихильність до лікування – це одна з основних причин розвитку ускладнень та відзначають, що 50-70% хворих не приймають призначених препаратів [4], за даними інших досліджень – від 15 до 54% [5].

Низький рівень прихильності до лікування знижує якість життя пацієнтів, збільшує кількість госпіталізацій та призводить до підвищення збитків у системі надання медичної допомоги [6, 7, 8].

Мета дослідження – на підставі вивчення рівня прихильності до лікування у соматичних пацієнтів визначити його вплив на ефективність лікування у даної категорії пацієнтів.

Методи дослідження: опитування пацієнтів за допомогою 8-пунктової шкали прихильності до лікування за Morisky (MMAS); тестування з використанням Мінесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (MMPI); опитування із застосуванням тестової методики визначення тривожності Спілбергера-Ханіна. Дослідження проводилось у 80 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні ДОЛ №2 м. Києва, у віці від 30 до 69 років (середній вік $49,5 \pm 19,5$ років), в тому числі 39 чоловіків (48,8%) та 41 жінка (51,2%). Опитування та тестування пацієнтів проводилося на 1-3 день поступлення до стаціонару. Відповідно до рівня прихильності до лікування вичленувано 3 групи пацієнтів – з високим (27,5%), середнім (25%) та низьким (47,5%) рівнями прихильності.

Основним видом спілкування лікаря з пацієнтами була, є і залишається бесіда, яка несе діалогічну функцію при зборі анамнезу, що, за умови дотримання основних правил, не лише дає достатню кількість інформації про хворого і хворобу, а й допомагає налагодити взаємодію лікаря з пацієнтом. Для цього лікар повинен: виявляти повагу особистості пацієнта; надавати йому психологічну підтримку; надавати необхідну інформацію (про стан здоров'я, пропоновані медичні заходи, прогноз, загрози); надавати можливість вибору з альтернативних варіантів лікування; дозволяти самостійно вирішувати; можливість контролювати перебіг обстеження і лікування; залучати його до «співпраці».

Для ефективної співпраці лікареві доцільно застосовувати такі прийоми:

- вислухавши пацієнта слід зробити коротке узагальнення, щоб переконатися, що він правильно зрозумів усі скарги пацієнта, попросити пацієнта уточнити і доповнити інформацію;
- чітко сформулювати, що саме лікар планує зробити для того, щоб допомогти пацієнтові: пояснити симптоми, визначити умовний рівень безпеки, обговорити план обстеження і лікування, озвучити прогноз і переконатися, що хворий вірно зрозумів надану інформацію.
- розмовляючи з пацієнтом намагатися більше слухати, задавати уточнюючі запитання.

Завдання лікаря зводиться до скеровування розмови в потрібне русло, уточнення, деталізації скарг. До прийомів, що дозволяють правильно будувати розмову з пацієнтом для отримання найбільшої інформації,

відносяться: заохочення, рефлексія, пояснення, співпереживання, конфронтація, інтерпретація і з'ясування переживань пацієнта.

Лікар повинен заохочувати пацієнта бути щирим, докладним і акуратним в повідомленні своїх скарг і результатів лікування. Для цього доречно повторювати висловлювання пацієнта, перефразувати їх, а також просити хворого пояснити те, що він висловив недостатньо чітко і зрозуміло для лікаря.

Також лікар повинен виражати своє співчуття хворому, його проблемам. Якщо під час бесіди з лікарем пацієнт надає інформацію, яка його бентежить чи таку, що він приховує від близьких, варто запевнити його в конфіденційності.

Крім з'ясування конкретних скарг пацієнта, слід уточнити, як він ставиться ситуації хвороби, симптому або прогнозу.

Процес надання медичної допомоги можна віднести до категорії “важких ситуацій” для хворого, що мають такі ознаки:

- усвідомлення загрози здоров'ю, труднощів, пов'язаних з обмеженням режиму, перешкод у реалізації цілей;
- стан психічного напруження як реакція на труднощі;
- помітні зміни звичних параметрів діяльності й спілкування.
- Такі ситуації є передумовою для розвитку конфліктів, які не лише потребують значних зусиль і часу на їхнє вирішення, а й істотно погіршують процес одужання пацієнта.
- Найчастіше причинами виникнення конфліктів між лікарем і пацієнтом є:
- спотворене сприйняття, нерозуміння інформації, її хибне трактування і оцінка;
- конкуруюча взаємодія аж до конфронтації.

У взаємодії лікар-пацієнт найчастіше причиною конфронтації виступає сама ситуація перебування пацієнта в стаціонарі, його страх, спричинений браком і/або нерозумінням інформації, що стосується його здоров'я, домисли і забобони.

Ситуація може загостритися і перерости в конфлікт. При цьому у хворого наростає негативізм через те, що він вважає, що лікар ігнорує і його самого і його думку про те, як слід його лікувати. В такому протистоянні ресурси хворого, і так обмежені ситуацією хвороби, витрачаються не на одужання, а на протистояння з лікарем.

Водночас однією з найбільш актуальних і водночас складних проблем, які постають перед лікарем – проблема відмови хворого від лікування, недотримання схеми лікування. Численні наукові розвідки намагаються знайти причини такої поведінки пацієнта і знайти шляхи її

вирішення [9; 10]. Часто в науковій літературі автори послуговуються термінами іншомовного походження «комплаєнс», «адгеренс» та «конкорданс», що описують взаємодію в процесі лікування хворого, а також ймовірні причини недотримання хворими схем лікування, призначених лікарями.

Терміном «комплаєнс», позначають наскільки поведінка пацієнта відповідає рекомендаціям лікаря. Хоча це поняття широко використовується в медичній літературі ще з середини минулого століття, його складно вважати раціональним в лікувальній діяльності через нерівнозначність вагомості суб'єктів взаємодії. Говорячи про комплаєнс передбачається, що лікар дає вказівки пацієнтові не зважаючи на його стан, побажання, прохання чи переконання. Тому лікарі вважають негативним комплаєнс, коли пацієнт, в силу різних причин, нездатен виконувати призначення лікаря. Таку поведінку хворого щодо свого стану вважають девіантною. [9], оскільки лікар і пацієнт, зазвичай, мають різні (часто – кардинально протилежні) уявлення про походження захворювання і методи його лікування. Ігноруючи точку зору пацієнта, існує ризик негативного комплаєнсу в процесі лікування. І навпаки, якщо при спілкуванні лікареві вдається переконати пацієнта, вірогідність вдалого лікування зростає. Досягаючи комплаєнсу лікарі вважають, що дотримання їхнім рекомендаціям – однозначно позитивно вплине на процес лікування, а недотримання – негативно.

Для визначення ступеню внутрішньої готовності (прихильності) пацієнта виконувати рекомендації лікаря використовують інший термін – «адгеренс». Багато клініцистів вважають адгеренс альтернативою комплаєнсу, адже в цій ситуації пацієнт може сам вирішувати, чи необхідно слідувати вказівкам лікаря і недотримання цих рекомендацій не вважають провиною лікаря. Тобто адгеренс це свого роду наявність комплаєнсу як інформованої свідомої згоди пацієнта, але також і спроба уникнути нормативних проблем, визнаючи, що пацієнт має право вирішити про необхідність слідувати призначенням лікаря, та що досягнення комплаєнсу є проблемою узгодження інтересів сторін.

Для тимчасового вирішення проблеми почав використовуватися термін «інформована згода», що споріднений поняттю адгеренс, та означає наявність взаємного договору між лікарем та пацієнтом про надання діагностичних та лікувальних послуг на підставі отримання повної інформації про мету, методи, наслідки й можливі ускладнення та згоди пацієнта і передбачає двобічну відповідальність.

В процесі вивчення причин відмови пацієнтів від призначеного лікування, були вичленуванні основні підходи:

- Епідеміологічні та клінічні – що вивчають відмову від лікування на підставі соціально-демографічних (стать, вік, рівень освіти, соціальний статус тощо) і клінічних (особливості захворювання) факторів.
- Ступінь інформованості пацієнтів – метод ґрунтується на оцінці знання і розуміння необхідності дотримання режиму лікування.
- Психосоціальні – пояснюють поведінку хворого з точки зору його власних розумінь і переконань, економічних можливостей.

Однією з причин відсутності високого адгеренсу вважають складність схеми лікування. Так, частота тривалого дотримання схеми прийому препаратів обернено пропорційна кратності вживання, тривалості лікування та кількості призначених засобів [14]. Спрощення лікувальної схеми значно збільшує готовність хворих її приймати [15]. Наявність великої кількості побічних ефектів терапії, відсутність інформованості хворого про можливість їх виникнення змушує пацієнта відмовитися від лікування. Отже, доцільно обирати мінімальну кількість лікарських засобів, з нечастою кратністю прийому у зручний для хворого час, інформувати пацієнта про початок та тривалість дії ліків для очікування позитивного ефекту від лікування.

Однак на сьогодні, говорячи про необхідність досягнення бажаного результату лікування через взаємодію з пацієнтом фахівці все частіше звертаються до конкордансу, тобто узгодження, злагодженості, відповідності, згоди. Такий процес взаємодії передбачає повноцінну активну участь пацієнта в процесі прийняття рішення щодо його лікування з метою досягнення комплаєнсу, та означає, що лікарі визнають право пацієнта на прийняття рішення стосовно власного лікування [10]. Конкорданс переосмислює проблеми комплаєнсу з урахуванням того, що для деяких пацієнтів проблема невиконання рекомендацій пов'язана з власними переконаннями щодо хвороби та її лікування та відсутністю врахування лікарем цих факторів, що свідчить про недостатній зв'язок між лікарем і пацієнтом.

Конкорданс включає в себе кілька складових, наслідком реалізації яких має стати призначення лікування з урахуванням точки зору пацієнта на підставі загальної двосторонньої угоди, підкреслюючи факт, що обрана терапія передбачає процес переговорів, де думка хворого матиме значення. Головна мета цього процесу – залучити пацієнта в якості партнера в процес роботи над поліпшенням його власного здоров'я. І хоча досягнення згоди досить складний процес, адже це пов'язано з невідповідністю між даними доказової медицини а також протоколами лікування й

переконаннями хворого щодо користі призначених ліків внаслідок необізнаності та хибних тверджень [11].

Таким чином, терміни «комплаєнс» та «адгеренс» відображають наскільки поведінка пацієнта відповідає рекомендаціям лікаря, а конкорданс – передбачає прийняття спільної взаємної угоди щодо лікування. Тобто саме конкорданс не варто використовувати лише як оцінювання поведінки хворого, тут йдеться про те, що пацієнт має право сам вирішувати, приймати лікування чи ні. Саме такий варіант взаємодії з пацієнтом, на нашу думку, є найбільш оптимальним, адже залучаючи пацієнта до спільної «роботи» над подоланням хвороби, тобто не лише підвищується мотивація пацієнта, а й зростає його впевненість у своїх силах. Слід пам'ятати, що відповідальність лікаря полягає в тому, щоб переконати хворого обрати саме взаємодію. Сприяння прийняття усвідомленого вибору є дещо більшим, ніж просто надання інформації, тому що складовими компонентами усвідомленого вибору є знання і переконання [12]. Роль лікаря, в тому числі, полягає у виявленні хибних переконань пацієнта, що можуть негативно вплинути на результати лікування. Якщо вибір пацієнта був на користь лікування, наступною метою стає оптимальна схема призначення, про що буде свідчити оптимізація користі та мінімізація ризиків [13].

Для тимчасового вирішення проблеми в лікувальних установах почали використовувати термін «інформована згода», що споріднено поняттю адгеренсу, тобто означає, що лікар і пацієнт уклали «угоду» про надання певних медичних послуг: діагностичних, лікувальних. Домовленість досягнута на підставі отримання пацієнтом якомога більш повної та зрозумілої інформації про мету, методи, наслідки й можливі ускладнення та передбачає відповідальність за результат як лікаря, так і пацієнта.

І хоча причиною відмови від лікування можуть бути приміром клінічні (онкологічна патологія), соціальні (недостатній рівень освіти) чи психосоціальні (фінансові обмеження, релігійні переконання) чинники, зазвичай вона базується на неприйнятті пацієнтом способу взаємодії з лікарем, незадоволеність роботою і ставлення медичного персоналу.

Серед претензій до медичного персоналу, його поведінки, ставлення, які найчастіше називають пацієнти виділяється неправильно, безпідставно, самовпевнено і байдуже встановлення хибного діагнозу і введення в оману пацієнта та його родичів. Іншою причиною незадоволення пацієнтів є нереалістично оптимістичний прогноз, висловлений хворому щодо результатів діагностики, медичного втручання або лікування в цілому,

який пацієнти теж трактують як обман. Більш терпимо, але несхвально пацієнти ставляться до незначних не фатальних помилок чи дефектів у процесі надання медичної допомоги, натяків чи відвертого вимагання хабарів.

Спілкуючись з родичами пацієнта лікар має право надавати інформацію про стан його здоров'я, прогноз лише за згодою пацієнта і надавати її може лише лікуючий лікар.

Коли йдеться про адгеренс важливо пам'ятати про те, що частою причиною відмови від лікування, особливо у людей похилого віку, є складність схеми лікування. Частота тривалого дотримання схеми прийому препаратів обернено пропорційна кратності вживання, тривалості лікування та кількості призначених засобів [14]. Спрощення лікувальної схеми значно збільшує готовність хворих її приймати [15]. Наявність великої кількості побічних ефектів терапії, а також відсутність інформованості хворого про можливість їх виникнення змушує пацієнта відмовитися від лікування. Таким чином, необхідно обирати мінімальну кількість лікарських засобів, з нечастою кратністю прийому у зручний для хворого час, інформувати пацієнта про початок та тривалість дії ліків для очікування позитивного ефекту від лікування.

Соціально-демографічні та економічні особливості населення також мають істотне значення в процесі виконання призначень та проявляються в основному доступністю для хворих лікування, можливістю придбати або отримати на пільгових умовах сучасні, якісні препарати, що поєднують високу ефективність і безпечність [16].

Не менш важливими є фактори, що відносяться до самого хворого, психологічних особливостей особистості, релігійних поглядів, здатності об'єктивно бачити картину захворювання, розуміння необхідності лікування, ставлення до лікування рідних, близьких, рівня соціального розуміння та підтримки.

Нездатність лікаря повною мірою пояснити важливість лікування, викласти основні його засади з урахуванням мінімізації ризиків та очікуваного позитивного ефекту, розвінчати хибні уявлення про хворобу, брак часу при роботі з пацієнтом, надмірна суворість до хворого, відсутність у хворого високого ступеню довіри до спеціаліста також є причинами недотримання схем лікування.

Загалом в лікувальних закладах найчастіше йдеться про комплаєнс, адже такий спосіб взаємодії значно простіший для лікаря, більш

традиційний, а окрім того дає лікареві відчуття власної значущості і впевненості в собі

Зважаючи на все, необхідно розробляти різноманітні освітні програми, що сприяють отриманню хворими інформації про хворобу, методи лікування, можливі побічні ефекти та частоту їх виникнення. Організувати регулярний контакт хворого з лікарем, можливість отримання On-line консультацій, диспансерний огляд, відвідування вдома, введення методик психокорекції та психотерапії для підвищення критичного ставлення хворого до свого стану та збільшення ймовірності вірної оцінки погіршення симптоматики, що безумовно призведе до збільшення вірогідності дотримання хворим режиму та схеми лікування, а отже – сприятиме його одужанню.

Результати

Рівень прихильності до лікування часто визначає перебіг захворювання, впливає на частоту маніфестації симптомів хвороби.

Розподіл пацієнтів у відповідності до рівня прихильності до лікування та частоти маніфестації симптомів хвороби представлений у таблиці 1.

Таблиця 1.

Частота маніфестації симптомів хвороби (середнього ступеню важності і важких) у пацієнтів з різними рівнями прихильності до лікування

Маніфестація симптомів хвороби	Рівень прихильності до лікування					
	Високий N= 22		Середній N=20		Низький N= 38	
	Абс.	%	Абс.	Абс.	%	Абс.
Немає	5	22.7	4	20.0	4	10.5
Зрідка (1-2 рази на рік)	17	77.3	12	60.0	16	42.1
Часто (3 і більше разів на рік)	0	0	4	30.0	18	47.4
χ^2, p	$\chi^2=16,6, p=0,0024$					

Результати виявлення взаємозв'язку рівня прихильності до лікування та типу особистості пацієнтів наведені у таблиці 2.

Дослідження показало наступне: у групі хворих з високим рівнем прихильності переважав відсоток тривожно-боязливого (45,5%), антено-невротичного (22,7%) і гіпотимного (18,2%) типів особистості. Тоді як у групі з низьким комплаєнсом була виявлена більша питома вага пацієнтів з

соціопатичним (23,7%), шизоїдним (15,8%), гіпертимним (15,8%) і конверсійним (15,8%) типами особистості ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Рівень прихильності до лікування в пацієнтів згідно з типом особистості за даними опитувальника ММРІ

Тип особистості	Рівень прихильності					
	Високий N= 22		Середній N=20		Низький N= 38	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	2	3	4	5	6	7
Астено-невротичний	5	22,7	8	40	3	7,9
Гіпотимний	4	18,2	1	5	3	7,9
Конверсійний	1	4,5	2	10	6	15,8
Соціопатичний	0	0	0	0	9	23,7
Паранойяльний	2	9,1	3	15	4	10,5
Тривожно-боязливий	10	45,5	2	10	1	2,6
Шизоїдний	0	0	2	10	6	15,8
Гіпертимний	0	0	2	10	6	15,8
χ^2, p	$\chi^2=44,23, p=0,000054$					

Коротка характеристика типів особистості (за даними опитувальника ММРІ) щодо слідування медичним рекомендаціям:

- Астено-невротичний тип особистості характеризується підвищеною орієнтацією на нормативність, дотримання правил, інструкцій, надлишковою увагою до відхилень від нормального функціонування власного організму, що сприяє чіткому виконанню медичних рекомендацій.
- Для гіпотимного типу властиві інертність у прийнятті рішень, наявність пасивної особистісної позиції, невпевненість у собі, старанність і сумлінне ставлення до дотримання рекомендацій лікаря.
- Для конверсійного типу характерні висока чутливість до впливів середовища, нестійкість емоційного стану, схильність використовувати симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності, демонстративність, що часто сприяє невиконанню медичних рекомендацій.
- Соціопатичний тип характеризується конфліктністю, відсутністю конформності, прагненням до самостійності, схильністю до протидії зовнішнім впливам, часто зневажливим ставленням до соціальних

норм, що утруднює налагодження терапевтичного співробітництва з лікарем та в результаті проявляється низьким рівнем прихильності.

- Паранойяльний тип виявляє схильність до педантизму, ворожого ставлення до оточуючих, впертості, намагання спиратися на власний досвід, прояву недовіри до людей, які представляються їм некомпетентними.
- Тривожно-боязливий тип характеризується конформністю, тривожністю, невпевненістю, нерішучістю, високою підвладністю впливам середовища, установкою на конгруентні взаємини з оточуючими, розвинутих відчуттях відповідальності, в тому числі і щодо дотримання рекомендацій лікаря.
- Для шизоїдного типу притаманні такі риси, як неконформність, виражена незалежність суджень, нестандартне мислення, ірраціональний підхід до вирішення проблем, що часто призводить до недовіри до лікарів, низького рівня прихильності.
- Гіпертимний тип виявляє високий рівень оптимістичності, активності, здатність до швидкого переключення уваги, відсутність схильності до серйозного заглиблення в проблеми, що часто поєднується із зневажливим ставленням до лікування, пропусками прийому препаратів.

Висновки

Рівень прихильності до лікування корелює з рівнем особистісної тривожності – у групі пацієнтів з високим рівнем 50% мали високий рівень тривожності, в той час як у групі з низьким рівнем висока тривожність відзначалась лише у 7,9% ($p < 0,05$).

Установку на лікування визначає тип особистості пацієнта. За результатами дослідження визначено, що високий рівень прихильності до лікування характерний для тривожно-боязливого, антеро-невротичного та гіпотимного типів особистості, для яких властиві конформність та відповідальне ставлення до рекомендацій. Низький рівень відзначався у соціопатичного, шизоїдного та гіпертимного типів особистості, які відрізняються нонконформізмом та часто зневажливим ставленням до терапії.

Встановлено, що прихильність до лікування визначає його ефективність. За даними проведеного дослідження у пацієнтів з низьким рівнем частота маніфестації хвороби вірогідно вища (у 44,7% досліджуваних), на відміну від хворих з високим рівнем, у яких маніфестування відзначаються рідко (7,3%) або взагалі відсутні (22,7%) – $p < 0,05$.

Діяльність лікаря явище складне, багатогранне, динамічне. Його специфіка зумовлюється передусім розширенням спілкування лікаря з пацієнтом. Для лікаря це не розкіш, а професійна необхідність. З його допомогою здійснюється взаємовплив двох рівноправних суб'єктів – лікаря та пацієнта. Показником ефективності такого взаємовпливу є переважання позитивних естетичних почуттів, гуманності, творчості.

Соціально-демографічні та економічні складові істотно впливають на процес виконання призначень та проявляються доступністю для хворих лікування, можливістю придбати або отримати на пільгових умовах сучасні, якісні препарати, що поєднують високу ефективність і безпечність [8].

Не менш важливими є фактори, що стосуються самого хворого, психологічних ознак особистості, релігійних переконань, здатності об'єктивно бачити картину захворювання, розуміння необхідності лікування, ставлення до лікування рідних і близьких, рівень соціального розуміння та підтримки.

Нездатність лікаря повною мірою пояснити важливість лікування, викласти його основні засади з урахуванням мінімізації ризиків та очікуваного позитивного ефекту, розвінчати хибні уявлення про хворобу, брак часу при роботі з пацієнтом, надмірна суворість до хворого, відсутність у хворого високого ступеню довіри до спеціаліста також є причинами недотримання схем лікування.

Отже, доцільно розробляти різноманітні освітні програми, що сприятимуть отриманню хворими інформації про хворобу, методи лікування, можливі побічні ефекти та частоту їх виникнення. Організувати регулярний контакт хворого з лікарем, можливість отримання Online консультацій, диспансерний огляд, відвідування вдома, введення методик психокорекції та психотерапії для підвищення критичного ставлення хворого до власного стану та збільшення вірогідності оцінки симптоматики, що безумовно призведе до зростання ймовірності дотримання хворим режиму та схеми лікування.

Список використаної літератури:

1. Feldman R. Adherence to pharmacologic management of hypertension [Електронний ресурс] / R. Feldman, M. Bacher, N. Campbell et al. // Can. J. Public Health., 1998. V. 89. P.116-118. Режим доступу до журналу: <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/1026/1026> – Назва з екрану.
2. Haynes R.B. Helping patients follow prescribed treatment [Електронний ресурс] / R.B. Haynes, H.P. McDonald, A.X. Garg // JAMA, 2002. V.288(22). P.2880–2883. Режим доступу до журналу: <http://alignmap.com/wp-content/uploads/basics/Helping%20Patients%20Follow%20Prescribed%20Treatment%20-%20Clinical%20Applications.pdf> – Назва з екрану.

3. Jackevicius C.A. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes [Електронний ресурс]/ С.А. Jackevicius, М. Mamdani, J.V. Tu // JAMA, 2002. V.288. 462-467. Режим доступу до журналу: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195144> – Назва з екрану.
4. Mar J. Which is more important for the efficiency of hypertension treatment: hypertension stage, type of drug or therapeutic compliance? [Електронний ресурс]/ J. Mar, F. Rodriguez-Artalejo // The Journal of Clinical Hypertension, 2001. V. 19. P. 149-155. Режим доступу до журналу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11204296> – Назва з екрану.
5. Lehane E. An examination of intentional and unintentional aspects of medication non-adherence in patients diagnosed with hypertension [Електронний ресурс] / E. Lehane, G. McCarthy // J Clin Nurs., 2005. V. 16. P. 698-706. Режим доступу до журналу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17402951> – Назва з екрану.
6. Muszbek N. The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review [Електронний ресурс] / N. Muszbek, D. Brixner, A. Benedict et al. //International Journal of Clinical Practice, 2008. V.62(2). P.338-351 Режим доступу до журналу: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-1241.2007.01683.x/full> – Назва з екрану.
7. Urquhart J. Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact [Електронний ресурс] / J. Urquhart //European Heart Journal, 1996. V.17 (A). P.8-15 Режим доступу до журналу: http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/17/suppl_A/8.full.pdf – Назва з екрану.
8. Vervloet M. Improving medication adherence in diabetes type 2 patients through Real Time Medication Monitoring: a Randomised Controlled Trial to evaluate the effect of monitoring patients' medication use combined with short message service (SMS) reminders [Електронний ресурс]/ M. Vervloet, L. van Dijk, J. Santen-Reestman et al. // BMC Health Services Research, 2011. V. 11. P.5 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/5> – Назва з екрану.
9. Stimson G.V. Obeying the doctor's orders: a view from the other Side / G.V. Stimson // Social Science and Medicine. 1974. V. 8. P. 97-104.
10. Коваль І. А. Вплив психоедукації на адаптацію соматичних хворих з коморбідними психічними розладами // Проблеми сучасної психології. 2013. Вип. 21. с. 258–268.
11. Horne R. The theoretical basis of concordance and issues for research. Concordance : A partnership in medicine-taking / R.Horne, J.Weinman. London : Pharmaceutical Press, 2004. с. 202-215
12. Michie S. Informed choice: Understanding knowledge in the context of screening uptake / S. Michie, E. Dormandy, T.M. Marteau // Patient Education & Counseling. 2003. № 50(3). P. 247-253.
13. Kairuz T. Identifying compliance issues with prescription medicines among older people: a pilot study / T.Kairuz, L.Bye, R Birdsall [et al.] // Drugs Aging. 2008. № 25(2). P.153-162.
14. Claxton A.J. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance / A.J. Claxton, J. Cramer, C. Pierce // Clinical Therapeutics. 2001. – №23(8). – P. 1296-1310.
15. Fish L. Adherence to asthma therapy / L. Fish, C.L. Lung // Annals of Allergy, Asthma and Immunology. 2001. №86(6). P 24-30.
16. Di Matteo M.R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research / M.R.Di Matteo // Medical Care. 2004. №42(3). P. 200-209.

Коваль І.А.

Обеспечение эффективного взаимодействия врача с пациентом

Статья посвящена обоснованию эффективности влияния продуктивного взаимодействия врача с пациентом. В связи с тем, что более трети всех соматических пациентов не выполняют

указания врача, прекращают или изменяют правила приема медикаментов, кратность приема, длительность приема, а иногда самостоятельно изменяют схему лечения или прекращают медикаментозное лечение, количество больных с манифестацией симптомов заболевания, осложнениями заболеваний постоянно возрастает. Определены индивидуально-психологические свойства личности пациентов, способствующие достижению приверженности лечению. Определение индивидуально-психологических свойств личности пациентов, детерминирующих достижение высокого уровня приверженности лечения, что обеспечит повышение эффективности лечения соматических больных.

Ключевые слова: *комплексный медико-психологический подход, соматические болезни, комплаенс, адгеренс, конкорданс*

Koval I.A.

Ensuring effective interaction of the doctor with the patient

The article is devoted to the substantiation of the effectiveness of the influence of the productive interaction of the doctor with the patient. More than one third of all somatic patients do not follow the instructions of the doctor. They stop or change the rules for taking medications, the frequency of dosing, the duration of dosing. Sometimes patients themselves change the treatment regimen or stop drug treatment. This is the reason that the number of patients with the manifestation of symptoms of the disease, the complications of diseases is constantly increasing. We explained and compared the terms “compliance,” “adherence,” and “concordance,” which describe the interactions in the process of treating a patient. Analyzed the likely causes of violations in patients with treatment regimens. We have identified individual psychological personality traits of patients that help patients achieve adherence to treatment. After determining the individual psychological characteristics of the personality of patients who determine the achievement of a high level of treatment adherence, we can ensure an increase in the effectiveness of the treatment of somatic patients. The setting for treatment is determined by the type of patient’s personality. The level of adherence to treatment correlates with the level of personal anxiety. Confirmed that adherence to treatment determines its effectiveness.

Keywords: *complex medical and psychological approach, somatic diseases, compliance, adherence, concordance*