

Бобунов Д.Н.¹, Иорданишвили А.К.², Иванов И.В.¹,
Михайлов В.Д.¹, Морозов Н.Е.¹, Усов С.А.¹, Дуленко Д.Д.¹,
Найденко Н. В.³, Кочмарева А.И.¹, Малярова А.А.¹

Оценка удовлетворённости пациентов лечением ожирения на базе фитнес центра с учётом их комплаенса

1 – ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова, г.Санкт-Петербург,
2 – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург; 3 - Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Bobunov D.N., Iordanishvili A.K., Ivanov I.V., Michailov V.D., Morozov. N.E., Usov S.A.,
Dulenko D.D., Naydenko N.V., Kochmareva A. I., Maliarova A.A.

Assessment of patients' satisfaction by treatment of their obesity taking into account their compliance based on fitness centre

Резюме

Термин «удовлетворённость пациента» в зарубежном и отечественном здравоохранении в настоящее время привычен для врачей-специалистов различных направлений, но понятие «комплаенс» применяется крайне редко. Под комплаенсом следует понимать приверженность пациента к выполнению врачебных предписаний или добровольное следование предписанному ему режиму лечения. Большинство пациентов не всегда выполняют рекомендованные им предписания лечащего врача, хотя они прекрасно осведомлены об негативных последствиях и осложнениях [1,2,3,4]. По статистике, к наиболее социально-значимым заболеваниям в Российских фитнес центрах относятся ожирение и дорсопатии, от которых растёт число случаев временной нетрудоспособности среди всех классов болезней, несмотря на появление новых методик лечения. Основная причина данной проблемы – несоблюдение пациентом рекомендации врача, плана лечения и физической активности, приверженность которому требует активного включения всех специалистов входящих в состав группы по реабилитации [5]. По оценке ВОЗ (2003), примерно половина всех больных не соблюдают рекомендаций врача [5]. Актуальность решения существующей проблемы связана с изучением психологических аспектов комплаенса и раскрытия внутренних условий его формирования, поэтому целью данной работы стала оценка удовлетворённости пациентов при лечении ожирения на базе фитнес центра с учётом их комплаенса.

Ключевые слова: COMPLAENS; ожирение; удовлетворённость лечением; фитнес; реабилитация

Summary

Phrase «Satisfaction of patient» is used to different medical specialists in foreign and domestic healthcare system in our days, but the concept like «Compliance» uses rarely. Compliance is literally commitment of patients to implement medical prescription or voluntarily follow regimen of their treatment. Most patients not always are implement recommended prescriptions by their doctor, although they are keenly aware of the consequences and complications [1,2,3,4]. According to statistics, the most socially significant diseases in Russian fitness centers are obesity and dorsopathies, they are reasons of increase in number of cases of temporary disability among all of classes of diseases in spite of appearance new methods of treatment. The main reason of this problem is non compliance with recommendations of a doctor, the treatment plan and physical activity by patient, and adherence to the treatment plan requires the active inclusion of all specialists in the rehabilitation group [5]. At the assessment of the WHO (2003) about half of all the patients do not comply with the recommendations of the doctor [5]. Relevance of the solution to the existing problem is related to the study of psychological aspects of the compliance and discovering of internal conditions of its' formation, so the goal of this article is the assessment of patients' satisfaction by treatment of their obesity taking into account their compliance based on fitness center.

Key words: Compliance; obesity; satisfaction with treatment; fitness; rehabilitation

Введение

Проблема комплаенса стоит очень остро: по данным отечественных и зарубежных источников, комплаентное поведение при различных заболеваниях составляет от 20 до 57% [1,3,7,8,9]. Эти показатели незначительно колеблются при различных заболеваниях, но не выходят за указанные пределы: по данным российских авторов, приверженность терапии при сахарном диабете максимально составляет 53,3%, наибольшей комплаентностью отличаются мужчины □ 57,1% [1,5,7,10,11].

В качестве внешних факторов, влияющих на формирование комплаенса, выступают медико-социальные условия: стоимость программы реабилитации, удобство ее применения, наличие или отсутствие побочных эффектов лечения, болевой синдром, длительность и особенность заболевания, возраст пациента, организация лечебно-диагностического процесса, доступность лечения [2,4,5,7,13,14]. К внутренним условиям относятся: индивидуально-типологические особенности личности, внутренняя картина болезни, когнитивно-аффективные особенности.

Взаимодействие врача и пациента во время реабилитационной программы по снижению веса, также представляет собой процесс коммуникации, в рамках которого должна быть сформирована клиничко-социальная коалиция, иначе становится невозможным качественное взаимодействие врача и пациента [2,4,15,16,17]. Результатом такого сотрудничества комплаенс, рассмотрение которого хоть и должно носить междисциплинарный характер по причине своего нахождения в предметном поле клинической психологии, чаще трактуется в рамках медицинской парадигмы – соблюдение пациентом рекомендаций врача. По этой причине представляет интерес анализ внутренних условий формирования комплаенса, и, прежде всего, его связь с коммуникативной компетентностью врача [1,8,10,18,19].

Учитывая психологический аспект комплаенса во время реабилитационных программ, необходимо осознавать, что болезнь меняет уклад жизни пациента, его социальные и межличностные отношения, т.е. становится особой ситуацией развития личности и, выступая в качестве стрессора, вызывает напряжение адапционных механизмов, требуя выработки новых моделей поведения [2,3,4,20,21].

Задачи настоящего исследования состояли в оценке удовлетворенности пациентов лечением ожирения на базе фитнес центра с учётом их комплаенса

Материал и методы

Исследование проводилось в двух крупных сетях фитнес центров города Санкт-Петербурга и в центре восстановительной медицины и коррекции веса медицинского холдинга «Медика» (база кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины ГБОУ ВПО СЗГМУ им И.И. Мечникова) с 2016-2019г. 150 пациентов 92 (61,3%) женщины и 58 (38,7%) мужчин с диагнозом избыточная масса тела (предожирение) (ИМТ>24,99) и ожирение (ИМТ>29,99) (рекомендации WHO(ВОЗ) 1997г. Все па-

циенты были психически здоровы, а программа реабилитации, включающая разработку программы питания и тренировок была составлена индивидуально под каждого пациента с учетом их физиологических и клинических показателей, класса труда и сопутствующей патологии [5,12,13].

Пациенты были разделены на 2-е группы. В первую вошли 67 пациентов (44,66%), которые находились на программе реабилитации с динамическим наблюдением (возможность была составлена регулярно связываться с лечащим врачом по средством телефона, электронной почты, мессенджеров, а также неограниченные консультации на протяжении всего периода лечения); 2-я группа (83 пациента (55,33%) находилась на программе реабилитации без динамического наблюдения (запланированные контрольные консультации не чаще 1 раза в месяц). Также в исследовании вошла контрольная группа 35 человек (пациенты получившие первичную консультацию врача фитнес центра и два вводных занятия с тренером, согласно договору, заключенному с фитнес-центром).

Для оценки удовлетворенности пациентов лечением ожирения и комплаенса была разработана специальная методика. Оценивалась удовлетворенность пациентов лечением и комплаенс (от 1 до 9 баллов). При оценке удовлетворенности считали, что при значении 1 – пациенты не удовлетворены лечением; 3 – удовлетворены лечением слабо; 5 – умеренно удовлетворены лечением; 6 – удовлетворены лечением частично; 8 – полностью удовлетворены лечением; 9 – чрезвычайно удовлетворены лечением.

При оценке комплаенса считали, что при значении 1 – пациенты не выполняли рекомендации врача; 3 – выполняли рекомендации врача частично (до 25% от рекомендованных); 5 – выполняли рекомендации врача наполовину (на 50%); 7 – выполняли рекомендации до 75% от рекомендованных; 9 – выполняли врачебные рекомендации регулярно и в полном объеме, то есть до 100%.

Особенностью методики оценки удовлетворенности и комплаенса является то, что оценку выраженности отдельных симптомов, ощущений, вызывающих дезадаптацию дают сами пациенты.

Оценку удовлетворенности и комплаенса у пациентов с ожирением осуществляли через 3,6 и 12 месяцев после начала реабилитационных мероприятий.

Результаты и обсуждение

Положительное изменение внутренней картины болезни на протяжении клинического исследования повлияло и на показатели удовлетворенности пациентов лечением (Рисунок 1). Так в 1-й группе пациенты через три месяца программы реабилитации были полностью удовлетворены лечением, показатель удовлетворенности составил 8,08 балла. Спустя 6 месяцев показатель вырос до 9 баллов и сохранялся на протяжении 12 месяцев, следовательно, пациенты были чрезвычайно удовлетворены лечением. Во второй группе показатель удовлетворенности лечением спустя три месяца составил 6,23 балла, а, следовательно, пациенты были удовлетворены лечением

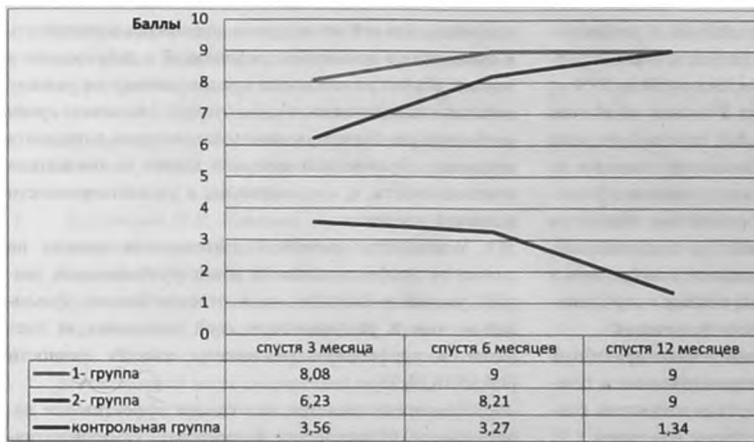


Рис. 1. Динамика показателя удовлетворенности лечением больных с ожирением на базе фитнес центра (баллы).



Рис. 2. Динамика показателя комплаенсности у пациентов 1 группы в процессе лечения, (баллы).



Рис. 3. Динамика показателя комплаенсности у пациентов 2 группы в процессе лечения, (баллы).

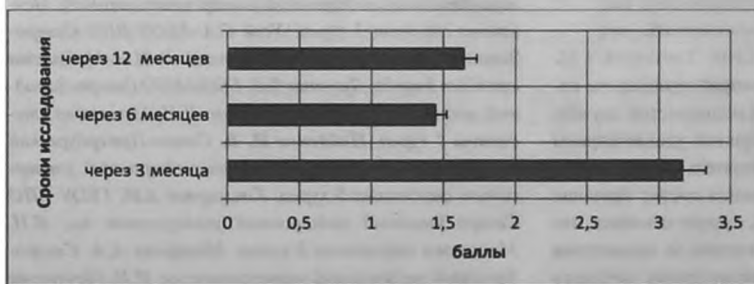


Рис. 4. Динамика показателя комплаенсности у пациентов контрольной группы в процессе лечения, (баллы).

частично. Спустя 6 месяцев программы реабилитации показатель удовлетворенности вырос до 8,21 балла. Это означало, что пациенты полностью удовлетворены лечением. Через 12 месяцев показатель удовлетворенности лечением вырос до 9 баллов. При этом важно отметить эффективность программ реабилитации, а также взаимодействие лечащего врача, специалистов, входящих в группу по реабилитации и пациента. Пациенты контроль-

ной группы на протяжении 6 месяцев посещения фитнес центров были удовлетворены лечением слабо, а показатель удовлетворенности не превысил 3,56 балла. К концу действия абонемента, а именно 12 месяцев, показатель удовлетворенности лечением снизился до 1,34 балла. Это означало, что пациенты не удовлетворены лечением.

Как показало исследование, взаимодействие врача и пациента коренным образом положительно влияет на по-

казатели комплаенсности, а, следовательно, и удовлетворенности пациента лечением. Так пациенты первой группы выполняли врачебные рекомендации от 50 до 75% от рекомендованных, а именно: через 3 месяца показатель комплаенсности составил 7,86 балла, спустя 6 месяцев - 7,12 балла и спустя 12 месяцев показатель снизился до 5,65 балла (Рисунок 2). На наш взгляд, снижение данного показателя связано с удовлетворенностью пациентом реабилитационными мероприятиями, а, следовательно, снижением всей симптоматики связанной с ожирением и болезнями «спутниками» ожирения, а также с улучшением качества жизни на фоне проведенного лечения.

Пациенты второй группы выполняли врачебные рекомендации от 50 до 75% от рекомендованных в течение 6 месяцев, а именно: через 3 месяца показатель комплаенсности составил 7,07 балла, спустя 6 месяцев 5,55 балла, но спустя 12 месяцев показатель снизился до 3,63 балла (Рисунок 3). Данные второй группы подтверждают эффективность взаимодействия врача и пациента, но в связи с полной удовлетворенностью лечением, показатель комплаенсности снижается ($p \leq 0,05$).

Оценивая показатели контрольной группы, очевидно, что люди посещающие фитнес центры без поддержки медицинской службы, практически не выполняют врачебные рекомендации и более того, крайне редко посещают или перестают посещать фитнес клубы. Так пациенты контрольной группы в течение 3 месяцев выполняли врачебные рекомендации до 25% от рекомендованных, а именно: показатель комплаенсности составил 3,17 балла, а спустя 6 месяцев пациенты уже не выполняли рекомендации врача, а показатель комплаенса снизился - 1,45 балла и спустя 12 месяцев показатель составил 1,65 балла (Рисунок 4).

Данные контрольной группы подтверждают, что лицам посещающих фитнес центры, необходимо динамическое наблюдение медицинской службы, в связи с этим будет повышаться уровень комплаенса, а также эффективность лечения и достижение цели посещения фитнеса ($p \leq 0,01$).

Заключение

Установлено, что в первой и второй группах, где пациенты находились под контролем медицинской службы фитнес клуба, пациенты были полностью удовлетворены результатами лечения, так как показатель удовлетворенности лечением в конце исследования достиг значения $9 \pm 0,62$ балла (рис. 1). В тоже время, следует отметить, что за весь период клинического наблюдения за пациентами с ожирением, они выполняли рекомендации лечащего врача, от 25% до 75% (рис. 4). Это свидетельствовало о том, что, не смотря на знание врачебных рекомендаций и возможность отрицательных последствий при их невы-

полнении, они всё же не имели должно приверженность к выполнению врачебных предписаний и добровольно в полном объеме не следовали предписанному им режиму лечения и поведения что в свою очередь, увеличило сроки реабилитации. Однако, взаимодействие врача и пациента коренным образом положительно влияет на показатели комплаенсности, а, следовательно, и удовлетворенности пациента лечением.

Успешность врачебной деятельности зависит не только от профессиональных и инструментальных знаний, умений и навыков, но и от способности пользоваться ими и реализовывать свой потенциал за счет развития профессионально-важных качеств личности [3,4,15,18,22,23].

Нам представляется, что самым эффективным направлением, позволяющим формировать коммуникативные навыки врачей лечебной физкультуры и спортивной медицины в фитнес центрах, является внедрение психологического сопровождения учащихся на кафедрах медицинского вуза, целью которого будет формирование компетенций, отвечающих за умения и навыки в сфере эффективной коммуникации. Это в свою очередь, будет положительно влиять на показатели комплаенсности, а, следовательно, и удовлетворенности пациента лечением. ■

Бобунов Д.Н. ГБОУ ВПО Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова к мед.н., доцент кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, . руководитель научно-практического центра восстановительной медицины и коррекции веса медицинского холдинга «Медика». Иорданишвили А.К. ГБОУ ВПО Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова д.м.н., профессор, заслуженный рационализатор РФ. Иванов И.В., Михайлов В.Д. ГБОУ ВПО Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова студент 5 курса, Морозов Н.Е ГБОУ ВПО Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова студент 5 курса, Усов С.А. ГБОУ ВПО Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова студент 5 курса, Дуленко Д.Д. ГБОУ ВПО Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова студентка 5 курса, Найдено Н. В. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет студентка 5 курса, Кочмарова А.И. ГБОУ ВПО Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова студентка 5 курса, Маларова А.А. Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова студентка 3 курса. Автор, ответственный за переписку — Бобунов Дмитрий Николаевич, E-mail: Bobupovdn@gmail.com

Литература:

1. Асриян О.Б. *Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача. Тихоокеанский медицинский журнал.* 2016; (4):93-97.
2. Данилов Д.С. *Терапевтическое сотрудничество*

- (комплаенс): содержание, понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014; (2): 4–12.
3. Ложкина Л.И. COMPLIANCE как актуальная проблема медицинской психологии: теоретико-методологические аспекты. *Известия Саратовского университета*. 2015; 15(3): 75–80.
 4. Богатырев Н.В. Понятие комплаенса и проблема измерения комплаенса. *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. 2009; (116): 260–264.
 5. Бобунов Д.Н., Комиссаров Д.А., Курьянова Д.Ю., Мамедова К.Н., Аристанбеков Н.К., Новоселов А.Д. и др. Биорегуляционные препараты в комплексной реабилитации после спортивной травмы, обострения хронических заболеваний позвоночника и крупных суставов нижних конечностей. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2018; (12): 24–29.
 6. World Health Organization: Report on Medication Adherence. 2003 Geneva, WorldHealthOrganization.
 7. Алексеева Т.С., Озарков М.Ю., Скрипченко А.Е., Янкин М.Ю. Факторы, влияющие на приверженность к модификации образа жизни в организованной популяции. *Системные гипертензии*, 2013; (2): 19–22.
 8. Анахин В.А., Бикмухаметов Д.А. Проблема приверженности лечению в современной медицине. *Практическая медицина*, 2005; (5): 26–28.
 9. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *ValueHealth*. 2008; 11(1): 44–47.
 10. Стрельникова А.В., Самахин А.Г., Садовой М.А., Киселев А.С., Кирилова И.А. Характеристика постратурного баланса после хирургического лечения у пациентов с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника при нарушении комплаенса пациентов. *Вестник восстановительной медицины*. 2018; (1): 97–102.
 11. Бобунов Д.Н., Комиссаров Д.А., Щербаков Л.В., Кочук М.А. и др. Применение метода биоимпедансометрии в реабилитации больных с ожирением. *ScienceofEurope*. 2017; 2(11): 50–54.
 12. Бобунов Д.Н. Дорсопатии. Диагностика и лечение. Комплексы лечебной физкультуры. Санкт – Петербург, 2018; 132.
 13. Незнанов, Н.Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004; 6(4): 159–162.
 14. Микиртичан Г.Л., Каурова Т.В., Очкур О.К. COMPLIANCE как медико-социальная этическая проблема педиатрии. *Вопросы современной педиатрии*. 2012; (11): 5–10.
 15. Богатырев Н. В. Понятие комплаенса и проблема измерения комплаенса. *Известия РГПУ им. А. И. Герцена*. 2009; (116): 260–265.
 16. Мартынов А. А., Спиридонова Е. В., Бутарева М. М. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2012; (1): 21–27.
 17. Sackett DL. Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance. In: *Compliance with therapeutic regimens*. Sackett DL, Haynes RB, editors. Baltimore: JohnsHopkinsUniversity Press; 1976. P. 1–25.
 18. Haynes RB. Introduction. In: *Compliance in Health Care*. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, editors. Baltimore: JohnsHopkinsUniversity Press; 1979. P. 1–18
 19. Carter S, Taylor D, Levenson R. A question of choice – compliance in medicine taking: A preliminary review. 3rd ed. London: Medicines Partnership; 2005.
 20. Cramer JA, Scheyer RD, Mattson RH. Compliance declines between clinic visits. *ArchInternMed*. 1990; 150(7): 1509–10.
 21. Kemp R, David A, Hayward P. Compliance therapy: an intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients. *BehavioralandCognitivePsychotherapy*. 1996; 24(4): 331–50.
 22. Солондаев В.К., Суверкина Д.В. COMPLIANCE в общении врач-больной // *Медицинская психология в России*. Электронный научный журнал. 2011. 4(9)
 23. Андреева Г. М. Социальная психология. Санкт – Петербург: Аспект пресс; 2010.