**ДЕПАРТАМЕНТ ВНУТРЕННЕЙ И КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «СТАРООСКОЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**(ОГАПОУ «СМК»)**

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Гетманская Диана Борисовна

**студентка IV курса, специальности 31.02.01 Лечебное дело**

научные руководители —Сурова Ольга Ильинична

**преподаватель** **Областного государственного автономного профессионального образовательного учреждения**

**«Старооскольский медицинский колледж»**

Старый Оскол, 2020

**Введение.**

Проблема несоблюдения медицинских рекомендаций признана Всемирной

организацией здравоохранения одной из самых значимых, поскольку усилия медицинских работников по лечению и профилактике заболеваний, в особенности хронических, часто оказываются неэффективными. Под термином «приверженность» (синоним «комплаентность») принято подразумевать степень, в которой поведение человека с точки зрения приёма лекарств, соблюдения диеты, изменения поведенческих привычек и

количества визитов в медицинские учреждения согласуется с рекомендациями медицинских работников [3]. Проблема недостаточной приверженности лечебно-профилактическим мероприятиям широко распространена в России [4], что требует всестороннего анализа

возможных причин данного явления с поиском наиболее эффективных способов решения

**Актуальность.**

Здоровье человека в определённой мере зависит от степени

соблюдения медицинских рекомендаций, что обуславливает актуальность изучения и анализа причин недостаточной приверженности населения лечебно-профилактическим мероприятиям и здоровому образу жизни.

**Цель исследования:** проанализировать причины несоблюдения медицинских рекомендаций и обосновать меры по улучшению здоровья населения на основе повышения приверженности лечебно-профилактическим мероприятиям.

**Задачи исследования.**

1. Обобщить теоретические материалы о гипертонической болезни.
2. Провести исследование по изучению приверженности лечению среди больных ГБ в Старооскольском городском округе.
3. В ходе исследования выявить проблемы, имеющие практическую значимость.

**Материалы и методы исследования.**

Исследовательская работа проводилась на базе ОГБУЗ «Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского» среди пациентов с диагнозом гипертоническая болезнь, получавшим лечение в отделениях дневного стационара и кардиологических отделениях больницы.

Применялись **теоретические, эмпирические методы** исследование. Был также проведен **социологический опрос** для оценки приверженности пациента к лечению. С этой целью был использован опросник Мориски-Грина.

Тест Мориски-Грина содержит 4 вопроса, позволяющие оценить регулярность приема медикаментов, правильность выполнения назначений врача и позволяющих дать количественную оценку приверженности лечению. Также наряду с основными вопросами в исследование дополнительно включены были вопросы, позволившие изучить и другие факторы, влияющие на приверженность к лечению. Опрос проводился с ноября 2019 по март 2020 года.Всего опрошено 200 человек. На рисунке 2.1. представлен гендерный состав респондентов.

**Рис 2.1. Гендерный состав респондентов (%)**

В опросе приняли участие 44% мужчин и 56% женщин, средний возраст составил соответственно 61,7±14,5 лет у мужчин и 63,1±13,8 лет у женщин с длительностью АГ 9,8±10,8 лет и 9,2±11,2 лет соответственно.

Известно, что чем длительнее анамнез АГ, тем выше у больного риск развития поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. Согласно имеющимся статистическим данным, больные, страдающие АГ 20 и более лет, почти в 2 раза чаще подвергаются риску развития гипертонического криза по сравнению с теми, кто страдает АГ менее 10 лет. При проведении исследования мы выяснили , что большое количество пациентов 50 человек − 25% неверно оценивают свое АД, считая нормальным АД выше 140 мм.рт.ст.

Сегодня в распоряжении врача имеется достаточное количество высокоэффективных и безопасных препаратов. При приеме лекарства врач стремиться достичь у пациента оптимального для него уровня АД, этот уровень называют целевым уровнем [1]. Каждый пациент должен знать свой целевой уровень АД – ту цель, к которой следует стремиться, принимая препараты для снижения давления. Считается, что достижение такого целевого уровня давления принесет максимальную пользу и сведет к минимуму появление грозных осложнений.

В ходе опроса был задан также вопрос, как респонденты контролируют свое АД.

**Рис. 2.2. Как респонденты контролируют свое АД (%)**

При опросе выявлено, что больше половины 110 (55%) опрошенных контролируют свое АД регулярно − каждый день, треть пациентов 68 (34%) контролируют АД нерегулярно, и 20 (10%) пациентов ответили, что вообще не следят за цифрами своего АД (рис.2.2).

Основной целью лечения гипертонической болезни является снижение сердечно-сосудистого риска, а также достижение целевого уровня артериального давления в каждой группе пациентов. Одним из вопросов нашего анкетирования, было выявление уровня медикаментозного контроля среди респондентов.

**Рис 2.3. Результаты медикаментозного контроля АД у респондентов (%)**

Контроль АД по данным опроса достигнут у 35 % респондентов и у 65% − не достигнут, что говорит о высоком риске сердечно-сосудистых осложнений среди опрошенных. Одной из причин неудовлетворительного контроля, повышенного АД, является низкая приверженность больных АГ лечению (рис.2.3).

Изучение приверженности пациентов к лечению, проводившееся по опроснику Мориски-Грина, включало выяснение у респондентов, как они следуют рекомендациям врача и регулярно ли принимают лекарственные препараты или делают перерывы.

Перед респондентами был поставлен первый вопрос: Забывали ли Вы когда-нибудь принять препарат? Ответить они должны были – да или нет.

**Рис. 2.4. Забывали принимать лекарства (по данным опроса %)**

Полученные результаты на 1 вопрос: «Да » ответили 51% респондентов, «Нет» –− 49% (рис.2.4).

На второй вопрос: Относитесь ли вы невнимательно к часам приема лекарств? − были получены следующие результаты:

**Рис 2.5. Невнимательность к часам приема лекарств среди респондентов (%)**

49% респондентов ответили «Да», то есть невнимательно относятся к часам приема лекарств, 51% − ответили «Нет», то есть данная группа респондентов внимательно относится к часам приема лекарственных препаратов (рис.2.5).

В третьем вопросе теста Мориски-Грина у респондентов спрашивалось: Пропускаете ли вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?

**Рис 2.6. Пропуск приема лекарств респондентами при хорошем самочувствии (%)**

«Да» − пропускают прием лекарств, если чувствуют себя хорошо − 27% респондентов, «нет» − 73% опрошенных (рис.2.6).

Четвертый вопрос теста звучал таким образом: Если вы чувствуете себя плохо после приема препарата, пропускаете ли Вы следующий прием? Ответы оценивались «Да», «Нет».

**Рис. 2.7. Пропуск приема лекарств респондентами при плохом самочувствии (%)**

«Да»– допускали пропуск приема лекарств − 18% респондентов, «Нет» − не пропускали прием лекарства − 82% опрошенных (рис.2.7).

Следующим этапом работы является изучение уровня приверженности к лечению ГБ среди респондентов.

**Рис. 2.8. Приверженность к лечению ГБ среди респондентов (%)**

Проведя анализ ответов на вопросы теста Мориски-Грина было выявлено, что приверженными лечению (0 баллов) были только 60 (30 %) из 200 опрошенных пациентов, недостаточно приверженными (1 балл) − 36 (18%) опрошенных, не привержены лечению (2 и более) − 104 (52%) опрошенных (рис.2.8).

На следующем этапе исследования был проведен гендерный анализ в группе приверженных лечению респондентов.

**Рис.2.9. Гендерная характеристика группы приверженных лечению гипертонической болезни (%)**

В группе приверженных лечению респондентов преобладали женщины – 70%, что говорит о том, что женщины более ответственны при лечении, чем мужчины (рис.2.9).

В ходе опроса все 100% респондентов на приеме у участкового терапевта получали информацию об АГ и ее лечению в различных формах (устно и/или письменно). В ходе исследования был проведен опрос респондентов в какой форме им давались рекомендации на приеме у врача по лечению гипертонической болезни.

**Рис 2.10. Формы получения рекомендаций больным АГ на приеме у врача (%)**

Как видно из рисунка 2.10 на приеме у врача большинство больных получили рекомендации преимущественно в устной форме (51 % мужчин и 42 % женщин). Нами было также выявлено, что письменные рекомендации от врача получили лишь 19% мужчин и 27% женщин, в смешанной форме (устно и письменно) − 30 % мужчин и 31 % женщин.

Несмотря на различные формы получения информации по поводу АГ и ее лечения, большинство больных признали недостаточной свою осведомленность по данному заболеванию.

**Рис. 2.11. Полнота доведения рекомендаций врачом до больного АГ (%)**

Как видно из рисунка 2.11 лишь 46% больных признают, что рекомендации врачом озвучены полностью. Врачом сообщено о дозах, кратности приема антигипертензивных препаратов, продолжительности лечения АГ. Однако более половины больных не получили достаточных рекомендаций. Рекомендации получали не полностью 28%, либо не получали вовсе (26%), что в свою очередь снижает приверженность больных к лечению АГ.

Часто больные АГ, побывав на приёме у врача и получив от него необходимые советы и рекомендации, не выполняют их в полном объёме и в должной мере. На это у каждого больного есть свои объяснения, но в результате мы имеем снижение приверженности лечению АГ. В тоже время, только обладая знаниями об АГ, методах лечения, больной вместе с лечащим врачом сможет более эффективно бороться с этим заболеванием. Поэтому очень важно, чтобы больные ГБ посещали школы здоровья. Мы опросили респондентов, посещают ли они школу здоровья для больных ГБ?

**Рис. 2.12. Посещение школы для больных ГБ (%)**

Только 45% опрошенных мужчин и 75% женщин посещали школы для больных ГБ, что, безусловно, снизило информированность пациентов о самом заболевании, факторах риска и вероятности объективной оценки своего состояния, так же и взаимопонимания с врачом (рис.2.12).

А при несоблюдении рекомендаций врача и мероприятий по изменению образа жизни больным ГБ не всегда получается достигнуть целевого уровня АД, что в конечном итоге приводит к развитию осложнений и госпитализации больного в терапевтические и кардиологические отделения.

**ВЫВОДЫ**

1. Низкая приверженность к лечению негативно отражается на здоровье больного и серьезно повышает риск развития осложнений и смерти. По данным скринингового обследования с помощью теста Мориски-Грина среди больных гипертонической болезнью (выборка 200 респондентов) в Старооскольском городском округе была выявлена приверженность лечению гипертонической болезни у 30% опрошенных пациентов, 18% респондентов имели недостаточную приверженность, не привержены лечению – 52% респондентов.
2. В группе приверженных лечению респондентов преобладали женщины – 70%, что говорит о том, что женщины более ответственны при лечении ГБ, чем мужчины.
3. В ходе опроса все 100% респондентов на приеме у участкового терапевта получали информацию об АГ и ее лечению в различных формах (устно и/или письменно), лишь 46% респондентов признают, что рекомендации врачом им озвучены полностью, 28% получили рекомендации не полностью и 26% не получили вовсе.
4. Также была выявлена низкая посещаемость школы здоровья для больных ГБ. Посещали 45% мужчин и 75% женщин.

**Практическая значимость.**

Полученные результаты исследования могут быть использованы в клинической практике, для устранения низкого комплайенса между врачом и пациентом и повышения среди больных ГБ приверженности лечению.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Артериальная гипертензия является одним из главных факторов риска развития ИБС, мозгового инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний. Основной целью лечения больного ГБ является достижение максимальной степени снижения общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [1].

Неотъемлемой частью мероприятий при лечении больных АГ должно быть повышение их образовательного уровня. Если даже предположить, что для каждого конкретного больного АГ врач разработает оптимальную программу медикаментозного и немедикаментозного лечения, то провести ее в жизнь будет весьма сложно при наличии его низкой мотивации к лечению.

## Так в **новых** Рекомендации по ведению артериальной гипертонии Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертонии 2020 года **усилено** внимание к оценке приверженности пациентов лечению, как основной причине недостаточного контроля АД, также повышена роли медицинских сестер и фармацевтов в обучении, наблюдении и поддержке пациентов с АГ, как важной составляющей общей стратегии контроля над гипертонической болезнью.

**Список использованных источников:**

1. Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых. Российское кардиологическое общество. 2020. -136с. http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/fedhypert.pdf
2. Изучение приверженности больных сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией к достижению целевых уровней артериального давления и пути ее. повышения / И. Н. Репинская, Т. В. Огир, Е. М. Доля и др. // Лечащий врач. – 2018. – № 3. – С. 22-24.
3. Бакшеев, В. И. Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца – проблема врача и пациента [Текст] / В. И. Бакшеев, Н. М. Коломоец, Б. Л. Шкловский. - Москва : Изд-во БИНОМ, 2015. - 488 с. : ил. - Библиогр.: с. 464-484
4. Стаценко, М. Е. Состояние крупных сосудов и микроциркуляции - новая мишень антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа / М. Е. Стаценко, М. В. Деревянченко // Рацион. фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – № 1. – С. 21-25.