



**ФМБА РОССИИ**  
Федеральное медико-биологическое агентство



Медико-биологический университет  
инноваций и непрерывного образования  
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Адрес: г. Москва, ул. Живописная, д. 46, стр. 8

Тел.: 8 (499) 190-96-92

Сайт: [www.mbufmbc.ru](http://www.mbufmbc.ru)

**Мартынова Т.А., Посохов И.Н.,  
Паринов О.В., Бетуганова А.Т.**

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ  
В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ  
ПАЦИЕНТОВ К ТЕРАПИИ, СНИЖАЮЩЕЙ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК**

Учебное пособие

Москва, 2026

Федеральное медико-биологическое агентство  
Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Государственный научный центр Российской Федерации –  
Федеральный медицинский биофизический центр  
имени А.И. Бурназяна»  
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИННОВАЦИЙ И НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Мартынова Т.А., Посохов И.Н.,  
Паринов О.В., Бетуганова А.Т.**

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ  
В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ  
К ТЕРАПИИ, СНИЖАЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-  
СОСУДИСТЫЙ РИСК**

**Учебное пособие**

**Москва 2026**

УДК 614.253.5  
ББК 51.1(2Рос),2  
Р68

**Мартынова Т.А., Посохов И.Н., Паринов О.В., Бетуганова А.Т.**

Роль медицинской сестры в повышении приверженности пациентов к терапии, снижающей сердечно-сосудистый риск. Учебное пособие. — М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2026, 60 с.

#### **Авторы:**

**Мартынова Татьяна Александровна** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

**Посохов Игорь Николаевич** — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

**Паринов Олег Викторович** — доктор медицинских наук, главный врач ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. Бурназяна ФМБА России доцент кафедры терапии МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

**Бетуганова Альбина Тимуровна** — аспирант кафедры терапии МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

#### **Рецензенты:**

**Максимов Николай Иванович** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсами кардиологии и функциональной диагностики ФПК и ПП ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России

**Шахнович Павел Геннадьевич** — доктор медицинских наук, начальник центра специализированной медицинской помощи терапевтического профиля ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами президента РФ.

В пособии представлены современные подходы к повышению приверженности пациентов к терапии, основанные на последних исследованиях и клинических рекомендациях. Сделан акцент на практической роли медицинской сестры в работе с пациентами, включая коммуникативные навыки, мотивацию и обучение. Материал успешно апробирован на кафедре терапии МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. Бурназяна ФМБА при обучении ординаторов по специальностям «терапия», «кардиология», «общая врачебная практика» и др., во время занятий с врачами, проходящими программы повышения квалификации или профессиональной переподготовки на этой кафедре.

ISBN 978-5-93064-409-8

© ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна  
ФМБА России, 2026

## Содержание

Список сокращений и условных обозначений . . . . .	4
ВВЕДЕНИЕ . . . . .	5
1. ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ . . . . .	7
1.1. Используемые понятия . . . . .	7
1.2. Роль уровня приверженности в лечении сердечно-сосудистых заболеваний . . . . .	10
1.3. Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии . . . . .	12
1.4. Экономические и социальные последствия низкой приверженности . . . . .	16
2. ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ . . . . .	20
2.1. Основные факторы риска . . . . .	20
2.2. Роль медицинской сестры в выявлении факторов риска . . . . .	22
2.3. Алгоритмы и методы выявления факторов риска . . . . .	23
2.3. Роль медицинской сестры в коррекции факторов риска . . . . .	29
2.4. Основные принципы мотивации пациентов . . . . .	30
2.5. Методы мотивации в клинической практике . . . . .	32
3. РАБОТА С ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ . . . . .	34
3.1. Анализ эффективности терапии и приверженности пациентов . . . . .	34
3.2. Направления работы медсестры по повышению приверженности . . . . .	42
3.3. Коммуникативные навыки медицинской сестры . . . . .	44
3.4. Принципы и методы обучения пациентов . . . . .	47
3.5. Использование новых технологий для повышения приверженности . . . . .	53
ЗАКЛЮЧЕНИЕ . . . . .	57
Список литературы для самостоятельной подготовки . . . . .	58
Контрольные вопросы и практические задания . . . . .	60

## Список сокращений и условных обозначений

АГ	– артериальная гипертензия
АД	– артериальное давление
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ИИ	– искусственный интеллект
ИМ	– инфаркт миокарда
ИМТ	– индекс массы тела
ЛПНП	– липопротеины низкой плотности
МИ	– мотивационное интервьюирование
СД	– сахарный диабет
ССЗ	– сердечно-сосудистые заболевания
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь легких
ХС	– холестерин
ХСН	– хроническая сердечная недостаточность
ЧСС	– частота сердечных сокращений

## ВВЕДЕНИЕ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются являются причиной почти одной трети всех смертей во всем мире. Эффективное управление факторами риска этих заболеваний, такими как артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, сахарный диабет (СД), ожирение, курение и малоподвижный образ жизни, играет ключевую роль в профилактике и лечении ССЗ. Долгосрочное использование сердечно-сосудистых препаратов в комплексе с немедикаментозными методами значительно снижает риск заболеваемости и смертности, но их полный терапевтический потенциал не может быть достигнут, если поведение пациента (включая прием лекарств, соблюдение диеты, выполнение физических упражнений и регулярное посещение медицинских учреждений) не в полной мере соответствует рекомендациям врача. Низкая комплаентность, как и слабая приверженность к лечению является серьезной проблемой, которая приводит к ухудшению состояния пациентов, увеличению частоты госпитализаций и росту затрат на здравоохранение.

Медицинские сестры играют важную роль в повышении приверженности пациента, поскольку они находятся на передовой линии взаимодействия с людьми, обращающимися по поводу различных заболеваний, оказывая не только медицинскую помощь, но и психологическую поддержку, обучая пациентов и их семьи, а также мотивируя их к соблюдению рекомендаций.

В связи с вышеизложенным, мы поставили цель с помощью настоящего учебного пособия, во-первых, ознакомить медицинских сестер с основами приверженности терапии в контексте снижения факторов риска ССЗ; во вторых, предоставить медицинским сестрам знания и инструменты, необходимые для эффективной работы с пациентами, страдающими ССЗ; и, наконец, подчеркнуть роль медицинской сестры в повышении приверженности пациентов к лечению.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских колледжей, практикующих медицинских сестер и специалистов, занимающихся профилактикой и лечением ССЗ. В пособии

представлены современные подходы к повышению комплаентности/приверженности, основанные на последних исследованиях и клинических рекомендациях. Кроме этого, сделан акцент на практической роли медицинской сестры в работе с пациентами, включая коммуникативные навыки, мотивацию и обучение. Пособие состоит из введения, трех тематических разделов, заключения и списка использованной литературы. С целью эффективного использования аппарата издания каждый раздел содержит выводы, контрольные вопросы и практические задания для закрепления материала.

# 1. ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ

## 1.1. Используемые понятия

Многочисленные научные изыскания, направленные на изучение проблемы выполнения пациентами врачебных предписаний, способствовали формированию целостной теоретической базы и специализированного понятийного аппарата. В середине XX века (1950-е годы) в оборот был введен термин «комплаенс» (англ. compliance – согласие, соответствие), ставший основой для производных понятий «комплаентность/некомплаентность», характеризующих уровень следования терапевтическим рекомендациям.



Рис. 1. От комплаентности к конкордантности. Хотя концепция конкордантности не получила широкого распространения, её необходимость наиболее очевидна при сложных и долгосрочных программах терапии.

При этом выделяют несколько типов комплаентности: полная комплаентность, частичная комплаентность и некомплаентность. Под полной комплаентностью понимают, когда пациент строго следует всем рекомендациям врача без отклонений. При частичной комплаентности пациент соблюдает рекомендации выборочно, например, принимает лекарства, но не придерживается

диеты. И если пациент игнорирует рекомендации врача, что приводит к ухудшению состояния здоровья, то говорят о некомплаентности.

В дальнейшем, однако, терминология продолжала эволюционировать. Многочисленные исследования продемонстрировали необходимость введения нового термина — «приверженность» (англ. adherence). В результате современная медицинская наука проводит разграничение между понятиями «комплаенс» и «приверженность».

Если комплаентность подразумевает пассивное следование указаниям медицинского персонала, то приверженность предполагает активное взаимодействие между врачом и пациентом, основанное на принципах партнерства (рисунок 1). Изменение парадигмы медицинского подхода заключалось и в том, что «комплаентность» использовали как более узкое понятие, ограниченное рамками медикаментозной терапии, а приверженность — как более широкий термин, включающий различные аспекты лечения. Так, согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), приверженность лечению представляет собой степень соответствия поведения пациента медицинским рекомендациям, включая:

- прием лекарственных препаратов;
- соблюдение диетических предписаний;
- коррекцию образа жизни.

Наиболее современная концепция использует также термин «конкордантность» (англ. concordance). Этот термин подчеркивает важность взаимного согласия. В отличие от «комплаентности», употребление термина «приверженность» подчеркивает свободу выбора пациента, а «конкордантность», кроме этого, в случае неудачи плана лечения требует, чтобы вина возлагалась не только на пациента, но и на врача, назначающего лечение, и/или систему здравоохранения. Таким образом, процесс принятия решений относительно плана лечения становится полностью открытым. Следует заметить, что концепция конкордантности распространилась не во всех странах: дело в том, что в каждой стране имеется своя уникальная культура и система здравоохранения. Так, например, в Германии особенности здравоохранения и взаимоотношения врача и пациента делают термины «приверженность» и «конкордантность» равнозначными.

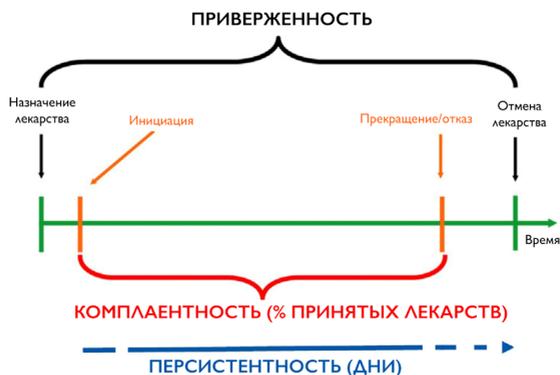


Рис. 2. Структура приверженности лечению.

Термин «приверженность лечению» в настоящее время наиболее употребим в отечественной практике, и он охватывает все аспекты терапевтического поведения, подчеркивает активную роль пациента и учитывает комплекс факторов, влияющих на соблюдение рекомендаций. Структурно приверженность кроме комплаентности (измеряющейся в процентном отношении принятых лекарств к предписанным) включает также такие компоненты (рисунок 2), как персистенность (длительность соблюдения рекомендаций), инициацию (начало выполнения предписаний), преждевременное прекращение приёма лекарств, и, что важно, точность соблюдения (соответствие дозировкам и схеме приема). Особое внимание при оценке приверженности уделяется эпизодическим пропускам приема препаратов и «терапевтическим паузам» (перерывам в лечении  $\geq 3$  дней).

К основным аспектам приверженности терапии относят (рисунок 3), во-первых, соблюдение медикаментозной терапии, включая регулярный прием лекарств в соответствии с назначенной схемой (дозировка, время приема, продолжительность курса) а также следование инструкциям по применению препаратов (например, до или после еды). Во-вторых, соблюдение немедикаментозных рекомендаций, таких как изменение образа жизни (диета, физическая активность, отказ от курения и употребления алкоголя) и регулярное посещение медицинских учреждений для контроля состояния здоровья. Третьим основным аспектом является следование диагностическим



Рис. 3. Основные аспекты приверженности.

и профилактическим процедурам, то есть прохождение назначенных обследований (анализы, инструментальные исследования) и участие в программах профилактики и реабилитации.

## **1.2. Роль уровня приверженности в лечении сердечно-сосудистых заболеваний**

### *1. Эффективность лечения*

Уровень приверженности напрямую влияет на успешность лечения и контроль над заболеваниями, такими как АГ, ИБС, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и другие. Соблюдение рекомендаций по приему лекарств и изменению образа жизни снижает риск осложнений, таких как инфаркт миокарда (ИМ), инсульт и ХСН.

### *2. Контроль факторов риска*

Более высокая приверженность помогает лучше контролировать ключевые факторы риска ССЗ, включая высокое артериальное давление (АД), повышенный уровень холестерина (ХС),

ожирение, курение и гиподинамию. Например, регулярный прием антигипертензивных препаратов снижает риск развития гипертонических кризов и их последствий.

### *3. Снижение частоты госпитализаций*

Пациенты с высокой приверженностью к терапии реже нуждаются в экстренной медицинской помощи и госпитализации, что снижает нагрузку на систему здравоохранения.

### *4. Улучшение качества жизни*

Соблюдение рекомендаций врача позволяет пациентам поддерживать стабильное состояние здоровья, что положительно сказывается на их физическом и эмоциональном благополучии.

### *5. Экономическая эффективность*

Высокая приверженность снижает затраты на лечение за счет предотвращения осложнений и уменьшения потребности в дорогостоящих медицинских вмешательствах.

Медицинские сестры играют важную роль в улучшении приверженности пациентов к лечению. Они могут:

- проводить обучение пациентов, объясняя важность соблюдения рекомендаций;
- оказывать эмоциональную поддержку и усиливать мотивацию;
- упрощать схемы лечения (например, использовать комбинированные препараты);
- использовать современные технологии (напоминания через мобильные приложения, телемедицину);
- работать с барьерами, такими как стоимость лекарств или недостаток информации.

Таким образом, приверженность лечению — это многогранное понятие, которое требует комплексного подхода со стороны медицинских работников, пациентов и общества в целом. Повышение комплаентности, а следовательно, и приверженности к лечению является важным шагом к улучшению здоровья населения и снижению бремени хронических заболеваний.

### 1.3. Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии

Как показано выше, приверженность терапии — это довольно сложный процесс. На её формирование оказывает влияние множество факторов. Эти факторы можно разделить на несколько категорий: социально-экономические, психологические, медицинские и связанные с системой здравоохранения, а также культурные (рисунок 4). Понимание этих факторов позволяет медицинским работникам разрабатывать стратегии для повышения приверженности и улучшения результатов лечения.



Рис. 4. Основные факторы, влияющие на приверженность лечению.

#### *Социально-экономические факторы*

##### 1. Уровень дохода:

- высокая стоимость лекарств и медицинских услуг может стать серьезным барьером для пациентов с низким уровнем дохода;
- пациенты могут отказываться от лечения или сокращать дозировку, чтобы сэкономить деньги.

2. Образование и грамотность:
  - низкий уровень образования или недостаток знаний о заболевании и лечении могут привести к непониманию важности терапии;
  - пациенты с низкой медицинской грамотностью могут неправильно интерпретировать инструкции по приему лекарств.
3. Социальная поддержка:
  - наличие семьи, друзей или социальных групп, которые поддерживают пациента, повышает приверженность к лечению;
  - отсутствие поддержки, особенно у пожилых или одиноких пациентов, может снижать мотивацию к соблюдению рекомендаций.
4. Доступ к медицинским услугам:
  - удаленность медицинских учреждений, отсутствие транспорта или длительное время ожидания приема могут затруднять регулярное посещение врача.

### *Психологические факторы*

1. Мотивация пациента:
  - пациенты, которые осознают серьезность своего заболевания и понимают пользу лечения, чаще соблюдают рекомендации;
  - отсутствие мотивации или чувство безнадежности снижают приверженность.
2. Эмоциональное состояние:
  - депрессия, тревожность или другие психические расстройства могут негативно влиять на способность пациента следовать рекомендациям;
  - эмоциональный стресс, связанный с заболеванием, также может снижать приверженность.
3. Восприятие заболевания:
  - Если пациент недооценивает серьезность своего состояния или считает, что лечение неэффективно, он с меньшей вероятностью будет соблюдать рекомендации. Напротив, чрезмерная тревожность по поводу заболевания может привести к избыточному соблюдению рекомендаций или самолечению.

#### 4. Уверенность в себе (самоэффективность):

- Пациенты, которые верят в свою способность управлять своим здоровьем, чаще придерживаются лечения.

### *Медицинские факторы*

#### 1. Сложность схемы лечения:

- Большое количество лекарств, частый прием или сложные инструкции могут затруднять соблюдение терапии;
- Пациенты с хроническими заболеваниями, требующими длительного лечения, чаще сталкиваются с проблемами комплаентности.

#### 2. Побочные эффекты лекарств:

- неприятные побочные эффекты (например, тошнота, головокружение) могут заставить пациента отказаться от приема препаратов.

#### 3. Характер заболевания:

- бессимптомные заболевания (например, АГ на ранних стадиях) часто приводят к низкой приверженности, так как пациент не чувствует улучшений или ухудшений;
- хронические заболевания, требующие постоянного лечения, также могут снижать мотивацию.

#### 4. Качество взаимодействия с врачом:

- доверие к врачу, четкость объяснений и индивидуальный подход повышают приверженность;
- недостаток времени на приеме или отсутствие эмоциональной поддержки со стороны медицинского персонала могут снижать приверженность.

### *Культурные и религиозные факторы*

#### 1. Культурные убеждения:

- некоторые культуры могут иметь специфические представления о здоровье и лечении, которые не совпадают с медицинскими рекомендациями, и, например, приводят к предпочтению народной медицины или к недоверию к современной клинической практике.

#### 2. Религиозные убеждения:

- религиозные запреты или предписания могут влиять на готовность пациента следовать рекомендациям (например, отказ от определенных препаратов или процедур).

### 3. Языковой барьер:

- Пациенты, не владеющие языком, на котором говорит медицинский персонал, могут неправильно понимать инструкции.

### *Факторы, связанные с системой здравоохранения*

#### 1. Доступность лекарств и медицинских услуг:

- отсутствие необходимых препаратов в аптеках или их высокая стоимость снижают приверженность;
- длительное ожидание приема или диагностических процедур также может быть барьером.

#### 2. Качество медицинской помощи:

- недостаток времени на приеме, отсутствие индивидуального подхода или недостаточное внимание к потребностям пациента снижают доверие к врачу и приверженность к лечению.

#### 3. Использование технологий:

- применение современных технологий (например, мобильные приложения с напоминаниями, телемедицина) может повышать комплаентность.

### *Другие факторы*

#### 1. Возраст пациента:

- Пожилые пациенты могут сталкиваться с когнитивными нарушениями или физическими ограничениями, которые затрудняют соблюдение рекомендаций.
- Молодые пациенты могут недооценивать серьезность заболевания.

#### 2. Пол:

- Исследования показывают, что женщины чаще соблюдают рекомендации по лечению, чем мужчины.

#### 3. Образ жизни:

- Занятость на работе, семейные обязанности или активный образ жизни могут затруднять соблюдение режима лечения.

Факторы, влияющие на приверженность к терапии, многообразны и взаимосвязаны. Для повышения комплаентности необходим индивидуальный подход, учитывающий социальные, психологические, медицинские и культурные аспекты жизни

пациента. Медицинские работники, особенно медицинские сестры, играют ключевую роль в выявлении барьеров и разработке стратегий для их преодоления. Это может включать обучение пациентов, упрощение схем лечения, использование технологий и создание доверительных отношений между пациентом и медицинским персоналом.

#### **1.4. Экономические и социальные последствия низкой приверженности**

Эффективное управление факторами риска, такими как АГ, гиперлипидемия, СД и курение, играет ключевую роль в профилактике и лечении ССЗ. Однако успех терапии во многом зависит от комплаентности (приверженности) пациентов к лечению. Низкая комплаентность приводит к ухудшению здоровья пациентов, увеличению затрат на медицинскую помощь и снижению качества жизни. В данном разделе рассматриваются экономические и социальные последствия низкой комплаентности на примере ССЗ (представлены в таблице 1).

##### *Примеры последствий низкой приверженности при ССЗ*

###### **1. Артериальная гипертензия**

Пациенты, не принимающие препараты для контроля АД, чаще страдают от инсультов, ИМ и почечной недостаточности. Лечение этих осложнений обходится в десятки раз дороже, чем профилактика.

###### **2. Хроническая сердечная недостаточность:**

Пациенты, не соблюдающие рекомендации по приему лекарств и диете, чаще госпитализируются с декомпенсацией состояния. Это значительно увеличивает затраты на лечение и снижает качество жизни пациентов.

###### **3. Ишемическая болезнь сердца:**

Пациенты, не принимающие антиагреганты и статины, чаще страдают от повторных ИМ и других осложнений. Это приводит к увеличению затрат на лечение и снижению продолжительности жизни.

Низкая приверженность терапии у пациентов с ССЗ имеет серьезные экономические и социальные последствия, затрагивающие самих пациентов, их семьи, систему здравоохранения и

### Экономические и социальные последствия низкой приверженности терапии

1. Экономические последствия	
Для системы здравоохранения	<p>Увеличение затрат на лечение</p> <p>Низкая приверженность у пациентов с ССЗ приводит к неэффективности терапии, что требует дополнительных медицинских вмешательств. Например, пациенты с АГ, не принимающие лекарства, чаще страдают от инсультов и ИМ, лечение которых требует значительных финансовых ресурсов. По данным исследований, лечение осложненных, вызванных низкой комплаентностью, обходится в 2–3 раза дороже, чем профилактика и контроль заболеваний.</p> <p>Рост частоты госпитализаций</p> <p>Пациенты с низкой приверженностью чаще нуждаются в стационарном лечении из-за обострений заболеваний. Например, пациенты с ХСН, не соблюдающие рекомендации по приему лекарств и диете, чаще госпитализируются с декомпенсацией состояния. Госпитализации увеличивают нагрузку на больницы и расходы на здравоохранение.</p> <p>Неэффективное использование ресурсов</p> <p>Лекарства, назначенные пациентам, но не принимаемые ими, становятся бесполезной тратой ресурсов. Врачи могут назначать дополнительные обследования или менять схемы лечения из-за кажущейся неэффективности терапии, что также увеличивает затраты.</p> <p>Потеря производительности медицинского персонала</p> <p>Врачи и медсестры вынуждены тратить больше времени на повторные консультации и лечение осложнений, что снижает их эффективность и увеличивает нагрузку на систему здравоохранения.</p>
Для пациентов и их семей	<p>Прямые финансовые затраты</p> <p>Пациенты могут тратить значительные средства на лечение осложнений, вызванных низкой приверженностью. Например, лечение ИМ или инсульта обходится гораздо дороже, чем регулярный прием препаратов для контроля АД. В странах с платной медициной это может привести к финансовой катастрофе для семьи пациента.</p> <p>Косвенные экономические потери</p> <p>Ухудшение здоровья приводит к потере трудоспособности, снижению доходов и увеличению расходов на уход. Члены семьи пациента также могут терять доход, если вынуждены ухаживать за больным.</p>

Таблица 1 (Продолжение)

2. Социальные последствия	
Для пациентов	<p>Ухудшение качества жизни</p> <p>Психологические последствия</p> <p>Социальная изоляция</p>
Для общества	<p>Снижение производительности труда</p> <p>Увеличение бремени хронических заболеваний</p> <p>Социальное неравенство</p>
Для системы здравоохранения	<p>Снижение доверия к медицинским работникам</p> <p>Перегрузка медицинских учреждений</p>
	<p>Низкая приверженность приводит к прогрессированию заболеваний, хроническим болям, ограниченно физической активности и другим проблемам, снижающим качество жизни. Например, пациенты с ХСН, не соблюдающие рекомендации, могут страдать от одышки, отеков и других симптомов, которые ограничивают их повседневную активность.</p> <p>Обострения заболеваний, вызванные низкой приверженностью, могут вызывать чувство вины, тревожность и депрессию. Пациенты могут испытывать разочарование из-за отсутствия улучшений, что снижает их мотивацию к дальнейшему лечению.</p> <p>Тяжелые осложнения заболеваний могут ограничивать возможности пациента участвовать в социальной жизни, работать или общаться с друзьями и семьей. Это особенно актуально для пожилых пациентов, которые и так часто сталкиваются с одиночеством.</p> <p>Хронические заболевания, осложненные низкой приверженностью, приводят к увеличению числа дней нетрудоспособности и снижению производительности на рабочем месте. Это негативно сказывается на экономике в целом.</p> <p>Низкая приверженность к лечению способствует распространению хронических заболеваний, таких как АГ, СД и ССЗ. Это увеличивает нагрузку на систему здравоохранения и общество в целом.</p> <p>Пациенты с низким уровнем дохода или образования чаще сталкиваются с барьерами, снижающим приверженность (например, высокая стоимость лекарств, недостаток информации). Это усугубляет социальное неравенство в доступе к качественной медицинской помощи.</p> <p>Если пациенты не видят улучшений из-за низкой приверженности, они могут потерять доверие к врачам и системе здравоохранения в целом. Это может привести к отказу от дальнейшего лечения или поиску альтернативных, недоказанных методов.</p> <p>Увеличение числа пациентов с осложнениями из-за низкой приверженности приводит к перегрузке больниц и поликлиник. Это снижает качество медицинской помощи для всех пациентов.</p>

общество в целом. Для снижения этих последствий необходимы комплексные меры, включающие:

- обучение пациентов и повышение их мотивации;
- упрощение схем лечения и снижение стоимости лекарств;
- улучшение взаимодействия между пациентами и медицинскими работниками;
- использование современных технологий для контроля и поддержки приверженности.

Повышение приверженности не только улучшает здоровье пациентов, но и способствует снижению затрат на здравоохранение и повышению качества жизни населения. Это требует совместных усилий со стороны медицинских работников, пациентов, их семей и общества в целом.

Концепции комплаентности/приверженности продолжают развиваться, отражая изменения в подходах к организации медицинской помощи и взаимодействию медицинских работников с пациентами. Актуальные направления научных исследований включают: разработку методов оценки уровня приверженности, изучение факторов, снижающих приверженность, и создание эффективных стратегий ее повышения.

Таким образом, приверженность терапии является одним из ключевых факторов успешного лечения и профилактики ССЗ.

## 2. ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Развитие ССЗ связано с модифицируемыми и немодифицируемыми факторами риска. Понимание этих факторов и их коррекция позволяют снизить заболеваемость и улучшить прогноз пациентов.

### 2.1. Основные факторы риска

Выделяют немодифицируемые факторы риска, которые не поддаются изменению, но их учет важен для оценки индивидуального риска (рисунок 5) и модифицируемые факторы риска, которые можно изменить путем коррекции образа жизни и медикаментозной терапии (таблица 2).



Рис. 5. Немодифицируемые факторы риска ССЗ.

Таблица 2

### Модифицируемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

Фактор риска	Влияние на ССЗ	Коррекция
Повышенное АД	АГ увеличивает нагрузку на сердце, способствует атеросклерозу; Риск инсульта и ИМ возрастает в 2–4 раза	Ограничение соли (<5 г/сут); Диета DASH (богатая овощами, фруктами, цельнозерновыми); Регулярная физическая активность (150 мин/нед); Прием рациональных схем антигипертензивных препаратов (ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов) с достижением целевых цифр АД
Дислипидемия	Повышение ЛПНП («плохого» холестерина) приводит к атеросклерозу; Низкий уровень ЛПВП («хорошего» холестерина) снижает защиту сосудов	Диета с ограничением насыщенных жиров (жирное мясо, сливочное масло); Увеличение потребления омега-3 (рыба, оливковое или льняное масло); Статины (аторвастатин, розувастатин) при высоком и очень высоком сердечно-сосудистом риске
Курение	Никотин спазмирует сосуды, ускоряет атеросклероз; Риск ИБС у курильщиков в 2–4 раза выше	Полный отказ от курения; Никотинзаместительная терапия (пластыри, жвачки); Консультация психолога при необходимости
СД и ожирение	СД 2 типа увеличивает риск ИБС в 2–3 раза; Ожирение (ИМТ >30) способствует АГ и дислипидемии	Контроль глюкозы (метформин, инсулин); Низкоуглеводная диета; Физические нагрузки для снижения веса
Гиподинамия	Недостаток движения ухудшает кровообращение, способствует ожирению	Аэробные нагрузки (ходьба, плавание) 30 мин/день; Силовые тренировки 2 раза/нед.
Психосоциальные факторы	Хронический стресс повышает уровень кортизола, провоцируя АГ; Депрессия ассоциирована с повышенным риском ИМ	Когнитивно-поведенческая терапия; Релаксационные техники (йога, медитация)

Для максимального снижения риска ССЗ необходим комплексный, так называемый, интегративный подход, включающий меры первичной профилактики (для здоровых людей): скрининг АД, ХС, глюкозы, пропаганда ЗОЖ и вторичную профилактику (для пациентов с ССЗ): медикаментозная терапия (антиагреганты, статины), кардиореабилитация.

Коррекция факторов риска ССЗ требует как индивидуальных усилий пациента, так и системных мер здравоохранения. Комбинация здорового образа жизни, своевременной диагностики и медикаментозной терапии позволяет значительно снизить заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой патологии.

## **2.2. Роль медицинской сестры в выявлении факторов риска**

Медицинская сестра играет важнейшую роль в работе с пациентами, имеющими факторы риска ССЗ. Ее функции включают не только диагностику и мониторинг, но и обучение, мотивацию пациентов к изменению образа жизни, а также контроль за выполнением врачебных назначений. Так, к скринингу и раннему выявлению факторов риска относится:

- измерение АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС);
- определение ИМТ, окружности талии;
- проведение экспресс-тестов на уровень глюкозы и холестерина ЛПНП;
- анкетирование пациентов (опрос по курению, физической активности, питанию).

Мониторинг и динамическое наблюдение может включать прямой и косвенный контроль за соблюдением терапии (прием антигипертензивных, сахароснижающих препаратов) и оценку эффективности немедикаментозных методов (снижение веса, отказ от курения). Оказывая помощь в ведении дневников пациента, например, по измерениям АД, она тем самым существенно повышает приверженность пациентов к терапии (многочисленными исследованиями доказано, что применение домашнего мониторинга артериального давления [ДМАД] достоверно повышает приверженность пациента, в то время как амбулаторное [суточное] мониторинговое [СМАД] никак на него не влияет, а в ряде случаев, особенно при выраженном дискомфорте из-за процедуры, наоборот, снижает). Полезным также является помощь в ведении дневников физической активности.

Занимаясь обучением, медицинская сестра может проводить школы здоровья по профилактике АГ, СД, ожирения, оказывать индивидуальные консультации по коррекции образа жизни и раздавать памятки и информационные материалы.

Наиболее важной функцией медицинской сестры является взаимодействие с врачом и другими специалистами. Это необходимо для того, чтобы своевременно информировать врача об изменениях в состоянии пациента. Кроме этого, она может участвовать в разработке индивидуальных программ реабилитации, и в ряде случаев направлять к узким специалистам (кардиологу, эндокринологу, диетологу).

### **2.3. Алгоритмы и методы выявления факторов риска**

Немодифицируемые факторы риска ССЗ оцениваются в основном по факту их наличия, либо анамнестически, либо по записям в медицинской документации. В своей работе медицинская сестра должна учитывать:

- возраст и пол (мужчины >45 лет, женщины >55 лет);
- семейный анамнез (наличие ССЗ у родственников);
- сопутствующие заболевания (СД, хроническая болезнь почек).

В оценке модифицируемых факторов используется измерение артериального давления, оценка антропометрических данных, трактовка лабораторных данных, опросы.

#### *Измерения артериального давления*

Следует понимать, что есть офисные и внеофисные методики измерения АД. Офисные методики подразумевают измерения АД в условиях медицинского учреждения. Ключевые элементы процедуры применительно к измерениям АД в офисе сведены в рисунке 6.

Критерии артериальной гипертензии (АГ):

- оптимальное АД: <120/80 мм рт. ст.
- АГ:  $\geq 140/90$  мм рт. ст.

Для внеофисного измерения АД, руководствуясь целью повышения приверженности пациентов к терапии, следует выбирать ДМАД. Для проведения таких измерений желательно использовать заранее подготовленные бланки, такие, как на рисунке 7.

Исследования показали, что прогностическое значение ДМАД для сердечно-сосудистых заболеваний растет с увеличением

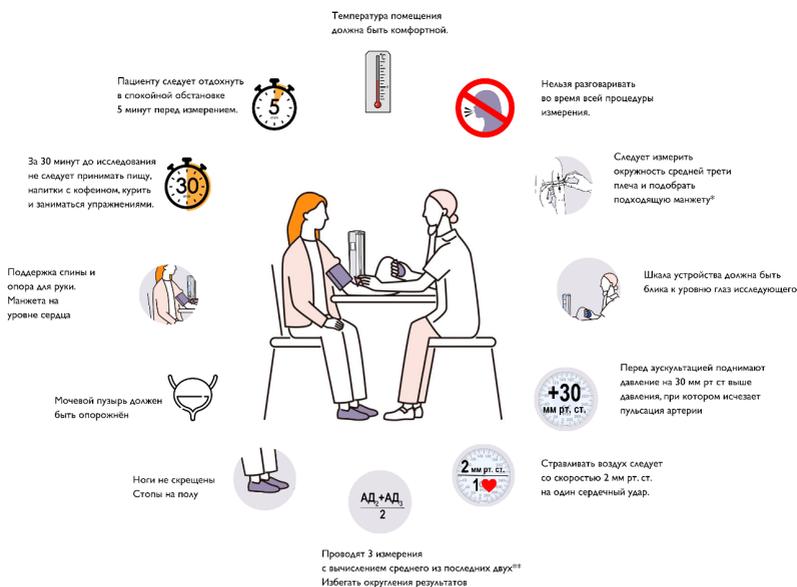


Рис. 6. Ключевые элементы офисного измерения артериального давления у беременной женщины.

Примечания: \* — Надувная камера манжеты должна составлять 80–100 % окружности плеча, а нижний её край должен быть на 2–3 см выше локтевого сгиба.

Использование манжет большего размера приводит к ложно заниженным результатам, и наоборот, при меньшем размере — к ложно завышенным.

\*\* — При первом визите следует измерять АД на обеих руках, а при последующих визитах измерять на той руке, на которой результат был выше.

периода мониторингования с 1 до 7 дней, причем большая часть этого роста происходит в первые 4 дня, достигая к 7-му дню максимума. Таким образом, это позволяет рекомендовать 3–7-дневный график (с предпочтением 7-дневной схемы) перед каждым визитом к врачу на начальной фазе и в фазе подбора дозы лекарств, а в фазе долгосрочного наблюдения всякий раз, когда изменения уровня офисного АД кажутся необычными (повышаются или снижаются). Оптимальное расписание измерений при ДМАД представлено в таблице 3.

Дата рождения \_\_\_\_\_ Офисное АД \_\_\_\_\_

Антигипертензивное лечение  есть  нет

Дата визита к врачу \_\_\_\_\_  
время \_\_\_\_\_ Сист.-Диагст \_\_\_\_\_ (ЧСС)

### ДЕНЬ 1

утро 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

вечер 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

### ДЕНЬ 2

утро 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

вечер 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

### ДЕНЬ 3

утро 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

вечер 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

### ДЕНЬ 4

утро 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

вечер 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

### ДЕНЬ 5

утро 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

вечер 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

### ДЕНЬ 6

утро 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

вечер 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

### ДЕНЬ 7

утро 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

вечер 1 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
2 измерение \_\_\_\_\_ ( )  
3 измерение (при \_\_\_\_\_)  
нарушениях ритма сердца) \_\_\_\_\_ ( )

Учебное пособие:



Используйте валидированный тонометр и должным образом подобранную манжету. Измеряйте 7 дней перед визитом к врачу утром и вечером перед приемом лекарств после 5 - минутного отдыха, и спорожнения мочевого пузыря по 2 измерения через 1-минутный интервал, а при нарушениях ритма по 3 измерения. Не принимайте пищу, энергетические напитки, не делайте физических упражнений за 30 минут перед измерением. Обязательно положение «сидя» с поддержкой спины и руки, с несращенными ногами и стопами на полу, так, чтобы манжета находилась на уровне сердца.

Рис. 7. Образец бланка, выдаваемого пациенту при предписании ему домашнего мониторинга артериального давления.

**Оптимальное расписание измерений при домашнем мониторинге АД**

Период, в который проводится процедура	Характеристика
Установление диагноза (начальная фаза)	Перед каждым визитом к врачу; Предпочтительна 7-дневная схема; Измерения в течение менее 3 дней не рассматриваются как валидные ДМАД; Утром и вечером, по 2 раза (всего 4 в день) при синусовом ритме; Утром и вечером, по 3 раза (всего 6 в день) при аритмиях.
Фаза подбора дозы и класса препаратов	Как в начальной фазе.
Долгосрочное наблюдение (нет существенных изменений офисного АД)	1 или 2 раза в неделю или месяц в зависимости от состояния здоровья.
Долгосрочное наблюдение (есть изменения офисного АД)	Как в начальной фазе.
Следует избегать	Слишком частого измерения (например, каждый день); Самостоятельной корректировки дозировки лекарственного средства на основе измерений, если это происходит не под руководством лечащего врача

Нельзя оценивать записи пациента «на глазок», например, учитывая только минимум и максимум АД, что неправильно. Согласно рекомендациям, выработанным на основании многих исследований, требуется высчитывать среднее из всех полученных значений АД с тем, чтобы в дальнейшем сравнить полученное значение с пороговым или целевым. Учитывая то, что пациент делает по 2 измерения утром и вечером, то есть 4 измерения в день, среднее значение при 7-дневной схеме ДМАД следует вычислять из 28 измерений, а при аритмиях — из 42.

Диагностическим порогом является величина  $\geq 135/85$  мм рт. ст.

### *Оценка антропометрических показателей*

Знать точную выраженность ожирения требуется для того, чтобы оценить метаболический синдром. Кроме ожирения, к составляющим этого синдрома относятся А., дислипидемии, сахарный диабет второго типа и (не обязательно) нарушения пуринового обмена. Для расчётов используют индекс массы тела

(ИМТ), который интерпретируют как на рисунке 8, и окружность талии.



Рис. 8. Интерпретация антропометрических данных.

Окружность талии (риск абдоминального ожирения):

- мужчины:  $\geq 94$  см;
- женщины:  $\geq 80$  см.

### Оценка лабораторных данных

Основные данные лабораторных показателей, которые следует знать медицинской сестре представлены в таблицах 4 и 5.

Таблица 4

#### Анализ липидного профиля

Общий холестерин (ОХС)	желательно $<5,0$ ммоль/л
ЛПНП («плохой» холестерин)	$<3,0$ ммоль/л (при высоком риске $<1,8$ )
ЛПВП («хороший» холестерин)	$>1,0$ ммоль/л (муж.), $>1,2$ ммоль/л (жен.)
Триглицериды (ТГ)	$<1,7$ ммоль/л

Таблица 5

#### Методы скрининга сахарного диабета

	глюкоза натощак, ммоль/л	гликированный гемоглобин (HbA1c), %
норма	$<6,1$	$<5,7$
предиабет	6,1–6,9	5,7–6,4
СД	$\geq 7,0$	$\geq 6,5$

## Оценка зависимости от курения и алкоголя

Оценка степени никотиновой зависимости проводится с использованием теста Фагерстрема. Тест Фагерстрёма (или индекс Фагерстрёма) — это метод оценки степени никотиновой зависимости у курильщиков (таблица 6). Он помогает определить, насколько человек зависим от никотина, что важно для выбора стратегии отказа от курения.

Таблица 6

### Тест Фагерстрёма (Fagerström Test for Nicotine Dependence, FTND)

Ответьте на вопросы, выбрав подходящий вариант, и подсчитайте баллы:	
1. Как скоро после пробуждения вы закуриваете первую сигарету?	
– В течение первых 5 минут	3 балла
– 6–30 минут	2 балла
– 31–60 минут	1 балл
– Более чем через 60 минут	0 баллов
2. Трудно ли вам воздержаться от курения в местах, где оно запрещено?	
– Да	1 балл
– Нет	0 баллов
3. От какой сигареты вам труднее всего отказаться?	
– Первой утром	1 балл
– От любой другой	0 баллов
4. Сколько сигарет вы выкуриваете в день?	
– 10 или меньше	0 баллов
– 11–20	1 балл
– 21–30	2 балла
– 31 и более	3 балла
5. Курите ли вы чаще в первые часы после пробуждения, чем в течение остального дня?	
– Да	1 балл
– Нет	0 баллов
6. Курите ли вы, если сильно больны и вынуждены оставаться в постели?	
– Да	1 балл
– Нет	0 баллов

Интерпретация: 0–2 балла — очень слабая зависимость, 3–4 балла — слабая зависимость, 5–6 баллов — средняя зависимость, 7–8 баллов — высокая зависимость, 9–10 баллов — очень высокая зависимость

Чем выше балл по вышеуказанной шкале, тем сильнее никотиновая зависимость и тем сложнее будет отказаться от курения

без помощи (например, никотинзаместительной терапии или консультации опытного врача).

Уровень употребления алкоголя оценивается с помощью подсчёта его дозы в течение недели. Безопасной считается доза  $\leq 14$  ед./нед. для женщин и  $\leq 21$  ед./нед. для мужчин (1 ед. = 10 г чистого спирта).

### **2.3. Роль медицинской сестры в коррекции факторов риска**

#### *Немедикаментозные методы*

##### **1. Диетотерапия**

Для снижения риска ССЗ медицинская сестра должна рассказывать пациентам о принципах питания, которые обязательно включают ограничение соли ( $<5$  г/сут.), уменьшение насыщенных жиров (жирное мясо, сливочное масло), увеличение клетчатки (овощи, фрукты, цельнозерновые), контроль углеводов (снижение сахара и рафинированных продуктов). Также рекомендуется ознакомить пациентов с такими диетами как DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) и средиземноморская диета.

##### **2. Физическая активность**

В беседе о необходимой физической активности необходимо учитывать рекомендации ВОЗ: 150 мин умеренной аэробной нагрузки в неделю (ходьба, плавание), силовые тренировки 2 раза/нед. Медицинская сестра должна советовать постепенное увеличение физической нагрузки под контролем пульса (целевая зона: 60–80 % от максимальной ЧСС).

##### **3. Отказ от вредных привычек**

Для помощи в отказе от табакокурения медицинская сестра должна придерживаться следующей тактики: мотивационное консультирование, следить за выполнением назначений врача по никотинзаместительной терапии (пластыри, жевательные резинки), направление к специалисту по отказу от курения. Для снижения употребления алкоголя проводят информирование о вреде избыточного потребления, рекомендация «трезвых дней».

#### *Медикаментозная поддержка*

Медсестра контролирует соблюдение режима приема препаратов (статины, антигипертензивные, антиагреганты), побочные

эффекты (например, гипогликемия при приеме сахароснижающих средств), приверженность лечению (использование таблеток, напоминаний).

Примеры влияния приверженности на лечение ССЗ

- АГ: регулярный прием антигипертензивных препаратов снижает риск инсульта на 30–40 %;
- Гиперлипидемия: соблюдение диеты и прием статинов снижают уровень ХС и риск атеросклероза;
- СД: контроль уровня глюкозы и соблюдение рекомендаций по лечению снижают риск сердечно-сосудистых осложнений.

### *Особенности работы с разными группами пациентов*

В практической деятельности существуют особые категории пациентов, к которым нужен индивидуальный подход. Например, для пожилых пациентов необходимо учитывать возрастные изменения (риск ортостатической гипотензии), возможно необходимо коррекция доз препаратов (из-за сниженного метаболизма). Пациентов с СД следует обучить самоконтролю глюкозы, профилактике диабетической стопы. Пациентам с ожирением необходима психологическая поддержка (борьба с перееданием на фоне стресса) и постепенное снижение веса (0,5–1 кг/нед).

Медицинская сестра — ключевой специалист в профилактике ССЗ. Ее работа включает не только диагностику, но и долгосрочное сопровождение пациентов. Эффективная коррекция факторов риска возможна только при комплексном подходе, включающем образование, мотивацию и контроль.

## **2.4. Основные принципы мотивации пациентов**

Изменение образа жизни — ключевой компонент профилактики и лечения ССЗ. Однако многие пациенты сталкиваются с трудностями при переходе к здоровым привычкам из-за отсутствия мотивации, психологических барьеров и недостаточной осведомленности. При этом пациенты часто проходят несколько стадий изменения поведения, которые можно описать, используя модель Прохаски-ДиКлементе (рисунок 9).

Медицинская сестра играет важную роль в стимулировании пациентов к соблюдению рекомендаций, используя современные методы мотивации. Мотивация — это внутренний процесс, который побуждает человека к действию. В медицине

выделяют два типа мотивации: внешняя мотивация — обусловлена внешними стимулами (похвала врача, материальное поощрение, страх осложнений) и внутренняя мотивация — исходит от самого пациента (желание улучшить качество жизни, сохранить активность).



Рис. 9. Тактика медицинской сестры в модели Прохаски-ДиКлементе

Для эффективного воздействия необходимо:

- учитывать индивидуальные особенности пациента (возраст, образование, социальный статус);
- использовать позитивный подход (акцент на пользе, а не на запретах);
- обеспечивать постоянную поддержку и обратную связь.

Критерии успеха применения мотивационных методов:

- снижение факторов риска (АД, ХС, вес);
- повышение приверженности лечению;
- улучшение качества жизни (например, по опроснику SF-36).

Важно, что мотивация — это процесс динамичный, требующий постоянной коррекции подходов. Эффективность её основывается на сочетании психологических, образовательных и социальных методов. Результативная коррекция факторов риска требует комплексного подхода и активного участия медицинской сестры. Медицинская сестра должна выступать не только

как источник знаний, но и как наставник, помогающий преодолеть барьеры на пути к здоровью.

## 2.5. Методы мотивации в клинической практике

### 1. Мотивационное интервьюирование (МИ)

Это техника, направленная на выявление и усиление внутренней мотивации пациента. Основные принципы этой техники заключаются, во-первых, в выражении эмпатии, а именно демонстрации понимания и поддержки; во-вторых, в развитии диссонанса, когда подчеркиваются несоответствия между текущим поведением и целями пациента (например: «Вы хотите быть активным с внуками, но курение мешает вашему здоровью»), в-третьих, в избегание конфронтации — вместо давления используются открытые вопросы («Что вы думаете об изменении питания?»), и наконец, в поддержке самоэффективности, то есть в укреплении веры пациента в свои силы («У вас уже получилось снизить вес на 3 кг — это отличный результат!»).

Пример вопросов в МИ:

- «Как вы видите свое здоровье через 5 лет?»;
- «Что мешает вам начать заниматься спортом?»;
- «Какие небольшие изменения вы готовы сделать уже сейчас?».

### 2. Техника постановки целей (SMART-подход)

Аббревиатура SMART образована первыми буквами слов specific, measurable, achievable, relevant, time-bound. Эти слова описывают цели, на которые ориентируют пациента. Цели должны быть:

- конкретными (specific) — не «больше двигаться», а «ходить 30 минут в день»;
- измеримыми (measurable) — «снизить вес на 5 кг за 3 месяца»;
- достижимыми (achievable) — учитывать физические и финансовые возможности;
- релевантными (relevant) — соответствовать потребностям пациента;
- ограниченными по времени (time-bound) — «начать ходить в спортзал с понедельника».

Пример SMART-цели: «Я буду съедать 5 порций овощей и фруктов ежедневно в течение месяца».

### *3. Когнитивно-поведенческие техники*

Когнитивно-поведенческие техники направлены на изменение деструктивных убеждений:

- выявление автоматических мыслей (например: «Я не смогу бросить курить, потому что все попытки проваливались»);
- замена негативных установок («Каждая попытка — это шаг к успеху»);
- метод «если — то» (планирование действий в сложных ситуациях: «Если мне захочется курить, то я выпью воды и позвоню другу»).

### *4. Просветительские методы*

- информирование о последствиях — наглядные материалы (фото пораженных сосудов при атеросклерозе);
- использование технологий — мобильные приложения для подсчета калорий, шагомеры;
- школы здоровья — групповые занятия с разбором случаев.

### *5. Социальная поддержка*

- вовлечение семьи (совместные прогулки, отказ от вредных привычек «за компанию»);
- группы взаимопомощи (анонимные собрания для бросающих курить).

## 3. РАБОТА С ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ

### 3.1. Анализ эффективности терапии и приверженности пациентов

#### *Факторы, предсказывающие степень приверженности*

Умение правильно определять и оценивать приверженность лечению стало одним из направлений исследований при многих ССЗ, и считается, что важность повышения эффективности вмешательств в области приверженности «оказывает гораздо большее влияние на здоровье, чем любое улучшение в конкретных медицинских методах лечения». Тем не менее, эффективные меры по улучшению приверженности лечению могут быть разработаны только в том случае, если учитывать дополнительную информацию о факторах, на основе которых можно предсказать степень приверженности. Это необходимо для лучшего понимания индивидуальных причин.

Важнейшим критерием результативности терапевтических мероприятий служит показатель повторных госпитализаций. Согласно исследованиям, среди пациентов пожилого возраста с кардиоваскулярной патологией частота повторных госпитализаций в течение трехмесячного периода достигает 25–47 %, причем одной из ключевых причин этого явления выступает недостаточная приверженность к лечению. Это подчеркивает необходимость систематической работы по формированию устойчивой мотивации к изменению образа жизни, где значительная роль отводится среднему медицинскому персоналу.

Проблема несоблюдения медицинских рекомендаций представляет серьезное препятствие для достижения оптимальных результатов терапии. Клинические данные свидетельствуют, что уровень приверженности пациентов варьирует в пределах 15–60 %.

Исследования выявили комплекс факторов, влияющих на соблюдение лечебного режима. Детерминантами приверженности к терапии могут быть как позитивные, так и негативные факторы (рисунок 10).

## ПОЗИТИВНЫЕ ФАКТОРЫ

- зрелый возраст
- выраженная симптоматика заболевания
- достаточная информированность о факторах риска
- высокий социально-экономический статус
- наличие социальной поддержки
- благоприятный семейный климат
- достаточный уровень образования
- финансовая доступность лечения

## НЕГАТИВНЫЕ ФАКТОРЫ

- опасения по поводу побочных эффектов
- злоупотребление психоактивными веществами
- низкий образовательный уровень
- финансовые ограничения
- отсутствие социальной поддержки



Рис. 10. Детерминанты приверженности к терапии.

Учитывая баланс данных факторов, можно составить прогноз, насколько следование назначенной терапии и взаимодействие с медицинским персоналом будет эффективным. Несколько более сложным может быть подход, в котором используется многофакторная модель приверженности. В такой модели факторы обычно сгруппированы в ключевые группы (таблица 7).

Таблица 7

### Многофакторная модель приверженности

Демографические характеристики	Половая принадлежность (низкая приверженность у мужчин); Возрастные особенности (крайние возрастные группы); Уровень образования и интеллекта; Социально-экономический статус.
Психологические аспекты	Механизмы психологической защиты (отрицание); Когнитивные особенности (память, внимание); Личностные характеристики (волевые качества); Эмоциональное состояние (депрессивные расстройства).
Клинические параметры	Особенности течения заболевания; Выраженность симптоматики; Наличие ремиссий.
Терапевтические факторы	Сложность схемы лечения; Количество назначаемых препаратов; Частота приема лекарств; Побочные эффекты терапии; Стоимость лечения.
Социально-бытовые условия	Доступность медицинской помощи; Семейные отношения; Образ жизни; Привычки и распорядок дня.

### *Принципы измерения приверженности*

Были разработаны и проверены различные подходы к измерению и оценке приверженности для использования в различных условиях. Как правило, они делятся на субъективные и объективные методы, и, кроме того, их также можно классифицировать на прямые и косвенные.

Приверженность обычно измеряется в течение определенного периода времени и сообщается в процентах, предлагая информацию о поведении при приеме дозы по отношению к тому, что было предписано. В некоторых случаях сообщается приверженность выражают в виде качественной (то есть не количественной) переменной, а именно «приверженность/неприверженность», а также в виде рангов: «низкая, умеренная или высокая приверженность».

Поддержание режима лечения (продолжение приема любого количества лекарств) в основном соответствует определению персистенции. Персистенция выражается в виде непрерывной переменной, сообщающей о количестве дней, в течение которых было принималось лечение. Например, при периоде от назначения лечения до его отмены в 60 дней, персистенция может принимать какое-либо значение из непрерывного ряда: 1, 2, 3 .... 59, 60 дней.

### *Прямые методы измерения приверженности*

Прямые методы включают измерения концентрации препарата (или метаболита) в жидкостях организма. Хотя их можно рассматривать как адекватные и точные методы, которые могут предложить убедительные доказательства приема препарата, есть некоторые обстоятельства, которые следует учитывать. Метаболизм лекарств, индивидуальные вариации фармакокинетики препарата и лекарственные взаимодействия могут мешать точности метода, делая его неприменимым для некоторых препаратов, которые имеют длительное время полувыведения и могут быть обнаружены спустя долгое время после прекращения лечения пациентом. Метод подходит для измерения приверженности только одному режиму медикаментозной терапии и не предлагает дополнительных данных о причинах несоблюдения, не сообщает о каких-либо моделях несоблюдения. Это также довольно дорого, и некоторые пациенты могут рассматривать его как серьезное вмешательство. Следует также учитывать

потенциальную предвзятость, когда некоторые пациенты начинают принимать лекарства до предстоящих обследований.

Прямое наблюдение за поведением пациента при приеме лекарств медицинскими работниками может стать доказательством приема лекарств, но в некоторых случаях может быть непрактичным и не совсем точным (пациенты могут имитировать приём лекарства, а потом выбросить его). Кроме того, прямые наблюдения возможны только для госпитализированных пациентов. Если пациенты принимают лекарство только в присутствии медицинского персонала, то это приводит к ложной приверженности.

### *Косвенные методы измерения приверженности*

Косвенные методы гораздо более популярны в исследованиях приверженности и включают в себя: подсчет таблеток, электронные устройства мониторинга, использование электронных медицинских карт и меры, о которых сообщается самостоятельно.

#### 1. Подсчёт таблеток

Подсчет таблеток — это простой метод, который рассчитывает количество доз, которые были приняты между приемами, и сравнивает его с общим количеством доз, которые получил пациент. Затем рассчитывается коэффициент приверженности. Это простой и недорогой метод, который можно легко применить для различных типов лекарственных форм (таблетки, ингаляторы). Он может оценить среднюю приверженность, но не дает конкретной информации о ежедневной приверженности или моделях приверженности. Он основан на предположении, что удаление правильного количества таблеток из дозирования эквивалентно приему лекарства в соответствии с рекомендациями. Однако этот метод не доказывает фактического приема препарата (не исключено, что пациент часть препаратов выкинул). Следует также учитывать потенциальные вариации в режиме дозирования, особенно при хронических состояниях.

#### 2. Электронные базы данных

Измерение приверженности с использованием электронных баз данных (базы данных аптек и страховых компаний, регистры) основано на предположении, что модели трат рецептов совпадают с поведением при приеме лекарств. Это требует наличия

централизованной электронной системы с согласованностью между аптеками, но при этом может быть удобным и недорогим методом измерения приверженности на уровне популяции. Данные о рецептах способны дать приблизительные оценки приверженности, поскольку они предлагают информацию о приобретении лекарств, но не доказательства фактического их приема, а в некоторых случаях могут давать завышенные оценки. Таким образом, базы данных рецептов дают возможность оценить неприверженность в большом группе населения в течение длительного периода времени. Недостаток в том, что метод не может предоставить много информации о барьерах или факторах, связанных с несоблюдением назначений (помимо демографических особенностей). Два наиболее часто измеряемых параметра в аптечных базах данных — это коэффициент владения лекарствами и доля покрываемых дней.

### 3. Электронные устройства мониторинга

Электронные устройства мониторинга, такие как система мониторинга лекарств (MEMS), — это устройства, встроенные в контейнер, в которых хранится история дозирования назначенных пациенту лекарств. Предполагается, что открытие контейнера, регистрируемое устройствами, обозначает приемом лекарства. Было доказано, что метод очень точен, и он используется в качестве эталонного стандарта для проверки других методов приверженности. Он дает точную и подробную информацию о количестве принятых доз и других отклонениях от режима дозирования. Однако, неправильное использование устройства и открытие контейнера без приема лекарства может привести к ложным результатам. Использование MEMS в больших группах населения ограничено относительно высокой ценой устройства.

### 4. Дневники и отчёты пациентов

Самостоятельная отчетность о методах является одной из самых дешевых и простых процедур измерения приверженности. Независимо от того, распространяются ли они в Интернете, проводятся в виде структурированных интервью или письменных анкет, они пользуются популярностью в исследованиях приверженности. Как правило, при интерпретации таких отчетов учитывается склонность к переоценке приверженности по

сравнению с прямыми методами, из-за возможной предвзятости пациентов.

Анкеты являются стандартизированной мерой самооценки соблюдения режима приема лекарств, а также могут дать дополнительную информацию об отношении, поведении и намерениях. Выбирается точка отсечения (обычно на уровне 80 %), чтобы различать приверженных и неприверженных пациентов. В зависимости от типа информации, которую они пытаются собрать, они могут быть сгруппированы в анкеты, которые оценивают:

- только поведение при приеме лекарств;
- поведение при приеме лекарств и барьеры для приверженности;
- только препятствия для приверженности;
- только убеждения, связанные с приверженностью;
- барьеры и убеждения, связанные с приверженностью.

Наиболее часто используются «шкала отчетов о соблюдении лекарств MARS» и «Вопросник о убеждениях относительно лекарств BMQ».

Первый вариант шкалы MARS, разработанной в 2000 году, включал 10 утверждений с ответом «да/нет» для использования пациентами с шизофренией. MARS-5 и 6 являются вариациями такой шкалы но предназначены для использования при различных хронических состояниях (астма, хроническая обструктивная болезнь легких, диабет, ревматоидный артрит). Легкая в применении, шкала MARS часто используется в исследовании приверженности.

Анкета BMQ является хорошим примером шкалы, ориентированной на измерение специфики приверженности лечению, а не на ее количественную оценку. Анкета может использоваться с любым другим методом измерения приверженности и дает дополнительную информацию об общих и конкретных убеждениях. Анкета была разработана на основе убеждений, описанных в литературе, которые, по-видимому, являются общими для пациентов с широким спектром хронических заболеваний. Полная версия BMQ состоит из двух разделов: раздел BMQ-General (18 пунктов), который оценивает более общие убеждения о лекарствах, и раздел BMQ-Specific (16 пунктов), в котором исследуются убеждения о лекарствах, назначенных для личного

использования. Два раздела (в общей сложности 34 утверждения, которые могут быть введены в течение 10 минут) могут использоваться в сочетании или по отдельности.

ВМQ включает:

- вопросы о соблюдении режима приема препаратов (для диагностики повторяющихся или спорадических эпизодов неприверженности, причем, как пропусков, так и “лишних” приемов препаратов);
- вопросы, определяющие мнение больных об эффективности лекарственных препаратов и неудобствах, связанных с их приемом;
- вопросы, диагностирующие проблемы, обусловленные необходимостью помнить о регулярном приеме препаратов;
- и дополнительные вопросы о сложности для пациента вовремя получать рецепты и покупать лекарственные препараты.

Анкета ВМQ была переведена и адаптирована для использования в нескольких странах хорошо применима при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Одним из наиболее известных и широко применяемых тестов по диагностике приверженности больных к лечению является 4-вопросная шкала Мориски-Грина — ММАС-4 (4-item Morisky Medication Adherence Scale). Явными достоинствами этой шкалы является ее простота, лаконичность и универсальность. Одно из названий 4-вопросной версии теста — “Опросник по приверженности к лекарствам” — МАQ (The Medication Adherence Questionnaire). Шкала включает 4 вопроса, на которые предусмотрены ответы “да” или “нет”, о пропуске приема препаратов по причине забывчивости, улучшения или ухудшения самочувствия, небрежном отношении ко времени приема лекарств. Несмотря на то, что шкала разрабатывалась для англоязычных пациентов с АГ, она была переведена на многие языки и валидирована для диагностики приверженности пациентов и с другими хроническими заболеваниями: сахарным диабетом 2 типа, депрессией, дислипидемией и др. Следует подчеркнуть, что наиболее распространенный анонимный русскоязычный перевод данной версии шкалы Мориски является явно неудачным из-за наличия в вопросах отрицания и возникающей по этой причине возможности двойного толкования ответов “да” и “нет”

пациентов: “Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?”. К тому же, валидация перевода 4-вопросной шкалы Мориски-Грина на русский язык не проводилась.

Понятие “самоэффективности” (от англ. self-efficacy) трактуется, как уверенность в том, что человек может выполнить определенные действия для достижения желаемой цели. Самоэффективность позиционируется в качестве позитивного фактора приверженности к лечению. Это послужило основой для разработки Шкалы самоэффективности в применении лекарств – SEAMS (The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale). Данный опросник был создан мультидисциплинарной командой и валидирован для оценки приверженности у пациентов с различными хроническими заболеваниями (АГ, ишемическая болезнь сердца, остеопороз, дислипидемия и др.). SEAMS позволяет определить барьеры приверженности, особенно связанные с самим пациентом (самоэффективность). Существует 2 версии опросника — полная, состоящая из 21 вопроса, и редуцированная, включающая 13 вопросов. Ответы на вопросы приведены по подобию 3-мерной рейтинговой шкалы Ликерта («определенно да», «сомневаюсь», «определенно нет»). Валидность и надежность теста также была подтверждена у людей с разным уровнем грамотности. Несмотря на достоинства опросника SEAMS, даже его сокращенная версия и интерпретация результатов не очень удобны для применения на амбулаторном приеме из-за времязатратности и относительной сложности подсчета баллов.

Чтобы метод был идеальным в измерении приверженности, он должен быть: простым в применении в любой обстановке, точным и недорогим, и способным предоставить дополнительную информацию о потенциальных барьерах, убеждениях или проблемах, которые могут возникнуть у пациентов. Однако до сих пор такого метода не существует. Каждый метод имеет преимущества и недостатки, которые ограничивают их использование. По этой причине мультимодальный подход кажется наиболее подходящим решением. Использование двух (или, если возможно, более) методов может предложить более точную и сложную информацию о приверженности лечению.

## **3.2. Направления работы медсестры по повышению приверженности**

Современные подходы к улучшению соблюдения лечебного режима целью повышения приверженности пациентов включают образовательные программы, организационные мероприятия, психологические вмешательства, технологические решения, экономические стимулы и другие комплексные программы.

Медицинские сестры играют ключевую роль в повышении приверженности через:

1. Информационную поддержку:
  - Разъяснение сути заболевания;
  - Обсуждение целевых показателей;
  - Предоставление письменных рекомендаций;
  - Подчеркивание важности длительной терапии.
2. Индивидуализацию лечения:
  - Учет образа жизни пациента;
  - Обсуждение возможных побочных эффектов;
  - Поощрение самонаблюдения;
  - Оптимизация стоимости терапии.
3. Контроль и поддержку:
  - Регулярный мониторинг показателей;
  - Проверка соблюдения рекомендаций;
  - Использование напоминаний;
  - Поддержание контакта с пропустившими визит.
4. Социальную интеграцию:
  - Обучение членов семьи;
  - Создание групп поддержки;
  - Организация взаимопомощи пациентов.

Контролируя выполнение медицинских рекомендаций, медсестра помогает пациенту следовать предписаниям врача. Для этого она напоминает о приеме лекарств. Это особенно для пожилых или пациентов с нарушением памяти. Важно проверять технику выполнения процедур (инъекции инсулина, использование ингаляторов, соблюдение расписания ДМАД). Все отклонения от схемы лечения необходимо зафиксировать и сообщить врачу. В качестве контроля также может быть выполнение медицинской сестрой оценки динамики состояния пациент (контроль

веса, измерение офисного АД, уровня глюкозы). В стационаре медсестра строго следит за соблюдением режима, а при амбулаторном лечении может использовать телефонные звонки или дистанционный мониторинг.

Нередко пациенты отказываются от лечения из-за страха, депрессии или неверия в результат. Поэтому очень важна психологическая поддержка и мотивация. Медсестра помогает:

- Установить доверительные отношения, снизить тревожность;
- Мотивировать на долгосрочную терапию (например, при АГ, СД, ВИЧ);
- Развеивать мифы и ложные убеждения (например, страх привыкания к лекарствам);
- Поддерживать в сложных ситуациях (например, при онкологии или хронической боли).

Для некоторых пациентов (дети, пожилые, люди с деменцией) критически важна помощь родственников. В связи с этим, крайне важна работа с семьей и социальным окружением, в которой медсестра:

- Обучает членов семьи уходу и контролю за лечением;
- Привлекает близких к процессу реабилитации;
- Помогает организовать домашний уход (например, для лежачих больных).

Для улучшения приверженности медсестры применяют современные технические методы:

- Электронные напоминания (СМС-оповещения, мобильные приложения);
- Онлайн-дневники самоконтроля (для записи показателей давления, сахара);
- Групповые занятия (школы для пациентов с СД, ХОБЛ, ХСН);
- Телемедицинские консультации.

Таким образом, медицинская сестра — это не только исполнитель врачебных назначений, но и наставник, контролер и психолог для пациента. Ее роль в повышении приверженности к лечению невозможно переоценить, поскольку от этого зависит эффективность лечения, скорость выздоровления и качество жизни больных. Путем обучения, контроля, мотивации

и поддержки медсестры помогает пациентам осознать важность соблюдения рекомендаций, что в конечном итоге снижает риск осложнений, госпитализаций и улучшает прогноз заболевания. Систематическая работа медсестры по повышению приверженности к лечению — это важный компонент успешного лечения и профилактики хронических болезней.

### **3.3. Коммуникативные навыки медицинской сестры**

Коммуникативные навыки медицинской сестры — это совокупность умений, позволяющих эффективно взаимодействовать с пациентами, их родственниками и коллегами для обеспечения качественного ухода и лечения. В профессиональной деятельности медсестры коммуникация играет ключевую роль, поскольку от нее зависит не только точность выполнения медицинских назначений, но и психологический комфорт пациента, уровень его доверия к медицинскому персоналу и, в конечном итоге, успех терапии.

Эффективная коммуникация в сестринском деле включает:

- вербальные навыки (умение четко и доступно излагать информацию);
- невербальные сигналы (мимика, жесты, поза, тон голоса);
- эмпатию (способность понимать и разделять эмоции пациента);
- активное слушание (внимание к словам и чувствам собеседника);
- умение разрешать конфликты;
- адаптацию стиля общения под разные категории пациентов (дети, пожилые, люди с ограниченными возможностями).

Необходимо подробно рассмотреть основные аспекты коммуникации в работе медсестры, ее значение в клинической практике и методы совершенствования этих навыков. Медицинская сестра проводит с пациентом значительно больше времени, чем врач, поэтому именно от ее умения общаться зависит:

- Качество сбора анамнеза — если пациент доверяет медсестре, он точнее описывает симптомы, что помогает в диагностике;

- Соблюдение врачебных рекомендаций — понятные объяснения повышают приверженность лечению;
- Психологический комфорт пациента — тревожность и страх перед процедурами снижаются, если медсестра умеет успокоить;
- Профилактика конфликтов — многие жалобы возникают из-за недопонимания, которое можно предотвратить грамотной коммуникацией;
- Эффективность работы медицинской команды — четкое взаимодействие между медсестрами, врачами и другим персоналом ускоряет процесс лечения.

Исследования показывают, что пациенты, удовлетворенные общением с медперсоналом, быстрее выздоравливают и реже нарушают режим терапии.

### *Вербальная коммуникация*

Вербальная коммуникация — это общение при помощи слов, устных или письменных. В работе медсестры важно говорить четко и понятно, избегая сложных медицинских терминов, задавать открытые вопросы («Что вас беспокоит?») вместо закрытых («У вас болит?»), использовать позитивные формулировки (не «Это будет больно», а «Постараюсь сделать максимально аккуратно») а также повторять ключевую информацию для лучшего запоминания. Например, вместо фразы «Принимайте этот препарат трижды в сутки» намного эффективнее для улучшения приверженности пациента к терапии будет звучать фраза «Это лекарство нужно принимать три раза в день — утром, в обед и вечером, после еды. Так оно лучше подействует и не вызовет тошноту».

### *Невербальная коммуникация*

Невербальные сигналы (язык тела, мимика, интонация) часто влияют на восприятие информации сильнее, чем слова. Медсестре следует поддерживать зрительный контакт — это демонстрирует внимание и уважение; использовать открытые жесты (не скрещивать руки); контролировать тон голоса — спокойный и доброжелательный тон снижает тревожность; соблюдать личное пространство — для доверительного разговора оптимальна дистанция около 50–70 см. Если слова говорят одно, а поза и выражение лица — другое, пациент почувствует фальшь.

Например, улыбка при сообщении плохих новостей создаст впечатление безразличия.

### *Активное слушание*

Активное слушание — это техника, при которой медсестра не просто слышит пациента, но и показывает, что понимает его.

Приемы активного слушания:

- кивание, поддакивание («Понимаю», «Продолжайте»);
- уточняющие вопросы («Вы сказали, что боль усиливается вечером?»);
- перефразирование («То есть вас больше всего беспокоит головокружение?»);
- отражение эмоций («Я вижу, что вы расстроены. Давайте разберемся вместе»).

Этот подход особенно важен при работе с тревожными или пожилыми пациентами, которые склонны подробно описывать свои жалобы.

В определенных ситуациях даже при наличии навыков общения может быть затруднено из-за языкового барьера, в таких ситуациях необходимо использовать переводчика, простые слова, жесты или эмоционального состояния пациента (боль, страх), тогда сначала успокоить, затем давать инструкции. Кроме того, при общении с пациентами необходимо учитывать традиции, религиозные ограничения, культурные различия. В случаях возникновения личной антипатии медсестре следует сохранять профессионализм, не переносить отношение к пациенту на качество ухода. Особенности общения с разными категориями пациентов представлены в таблице 8.

Совершенствование коммуникативных навыков медсестры может развиваться через тренинги и отработку сложных ситуаций, обратную связь от коллег и пациентов, самоанализ (что получилось, что можно улучшить), изучение литературы по психологии общения.

Коммуникативные навыки — не менее важная часть профессиональной подготовки медсестры, чем медицинские манипуляции. Грамотное общение сокращает число ошибок, повышает удовлетворенность пациентов и облегчает работу всего медицинского коллектива. Постоянное совершенствование этих навыков — залог успешной сестринской практики.

**Приемы общения с разными категориями пациентов**

<b>Категории пациентов</b>	<b>Приемы общения</b>
Дети	Использовать простой язык, игровые элементы; Перед процедурой объяснить, что будет происходить («Сейчас будет небольшой укольчик, как комарик укусит»); По возможности дать выбор («Какую ручку ты дашь — правую или левую?»).
Пожилые пациенты	Говорить медленно, четко, возможно, повторять информацию; Учитывать возможные проблемы со слухом (говорить громче, но не кричать); Проявлять уважение (обращаться по имени-отчеству).
Тревожные и агрессивные пациенты	Сохранять спокойствие, не отвечать на агрессию; Дать выговориться, затем предложить решение; Избегать фраз «Успокойтесь» — лучше «Я вас понимаю, давайте попробуем разобраться»
Пациенты с когнитивными нарушениями	Короткие, простые фразы; Зрительный контакт, тактильный контакт (если уместно); Частые повторения ключевой информации.

**3.4. Принципы и методы обучения пациентов**

Обучение пациентов — это целенаправленный процесс передачи медицинских знаний и навыков, необходимых для сохранения здоровья, лечения заболеваний и реабилитации. Эффективное обучение повышает приверженность лечению, снижает риск осложнений и способствует формированию здорового образа жизни.

Участие медсестёр в образовательных программах требует от них знания принципов обучения (рисунок 11). Они прежде всего продиктованы практической пользой для здоровья пациента. Постепенно усложняя материал, обучающие стимулируют практическое применение полученных знаний, что в итоге повышает приверженность к лечению.

Регулярное обновление информации и навыков пациентов необходимо в связи с:

- Естественным процессом забывания;
- Развитием осложнений;
- Появлением новых методов лечения;
- Накоплением личного опыта.

Постановка конкретных, измеримых и достижимых целей в сотрудничестве с пациентом значительно повышает эффективность терапевтических мероприятий. Доверительные отношения между медицинским работником и пациентом, основанные на взаимном уважении, являются важнейшим условием успешного лечения.



Рис. 11. Принципы эффективного обучения.

Чтобы обеспечить пациента понятной и доступной информацией о его заболевании и лечении, следует:

- Разъяснить диагноз и цели терапии (почему важно принимать препараты, даже если нет симптомов);
- Обучить правильному приему лекарств (дозировка, время, способ применения, возможные побочные эффекты);
- Использовать наглядные материалы (памятки, схемы, видео);
- Обучить самодиагностике (например, ДМАД, определению уровня сахара и пр.).

Особенно важно адаптировать информацию под возраст, уровень образования и культурные особенности пациента.

Медицинские сестры играют ключевую роль в обучении пациентов, так как проводят с ними значительное время и могут адаптировать информацию под индивидуальные потребности. Данное пособие раскрывает основные принципы, методы и технологии обучения пациентов, а также практические рекомендации по их применению.

### *Принципы обучения пациентов*

Говоря о принципах обучения пациентов, следует раскрыть индивидуализацию, доступность информации, практическую направленность, систематичность, мотивацию пациента.

#### 1. Индивидуализация

Обучение должно учитывать:

- уровень образования пациента (использование простых терминов или научных объяснений);
- возрастные особенности (дети, взрослые, пожилые);
- культурные и религиозные убеждения;
- психологическое состояние (тревожность, отрицание болезни).

Пример: для пожилого пациента с АГ информация подается кратко, с повторениями, возможно использование памяток с крупным шрифтом. Для молодого пациента с СД можно применять мобильные приложения и видеоматериалы.

#### 2. Доступность и понятность информации

Медицинское сестре следует:

- избегать сложных медицинских терминов (Например, термин «гипергликемия» лучше заменить на «высокий сахар в крови»);
- использовать аналогии («сосуды, как трубы, засоряются из-за холестерина»);
- подкреплять устные объяснения наглядными материалами (плакаты, схемы, видео).

#### 3. Постепенность и систематичность

- начинать с базовых знаний, затем переходить к сложным темам;
- делить информацию на блоки (например, сначала — основы диеты при диабете, затем — правила измерения сахара);
- проводить повторение и контроль усвоения.

#### 4. Практическая направленность

- делать акцент на конкретных действиях, например:
- как правильно принимать лекарства?
- как правильно измерять давление?
- какие упражнения выполнять после операции?

#### 5. Мотивация пациента

- объяснять последствия несоблюдения рекомендаций (например, риск инсульта при отказе от антигипертензивных препаратов);
- подчеркивать положительные изменения при соблюдении лечения («Контроль сахара поможет избежать осложнений»);
- использовать позитивные формулировки («Вы сможете вернуться к активной жизни, если будете делать интервальные и силовые упражнения»).

#### *Методы обучения пациентов*

Методы, которые используются при обучении пациентов можно условно разделить на индивидуальные, групповые и дистанционные (рисунок 12).



Рис. 12. Методы обучения пациентов.

К индивидуальным методам относится, во-первых, беседа. Её целью является выяснение уровня знаний пациента, персональные рекомендации. Правила:

- Задавать открытые вопросы («Что вы знаете о своей болезни?»);
- Активизировать пациента («Как вы думаете, почему важно принимать эти таблетки?»);
- Подводить итоги («Итак, мы с вами выяснили, что нужно делать...»).

Во-вторых, индивидуальным методом является инструктаж. Его отличие в пошаговом объяснении процедур, например:

- Как пользоваться ингалятором;
- Как ухаживать за послеоперационной раной;

Обязательно проверять понимание («Покажите, как вы будете это делать»).

К групповым методам относится, во-первых, школы здоровья. Они проводятся для пациентов с хроническими заболеваниями (диабет, астма, гипертония) и включают лекции, дискуссии, практические занятия. По сравнению с индивидуальными методами, у них есть преимущества:

- Экономия времени медработников;
- Поддержка среди пациентов («Мы не одни с такой проблемой»).

Во-вторых, к групповым методам относятся также тренинги и мастер-классы. Во время них производится отработка навыков (например, сердечно-легочная реанимации), с использованием муляжей и симуляторов.

Наконец, в настоящее время получили распространение дистанционные методы, такие как телефонные консультации (они предназначены для напоминаний и ответов на вопросы); мобильные приложения (разнообразные дневники физической нагрузки, уровня сахара и т.п.), а также веб-ресурсы и социальные сети — их применение очень широко варьирует от рассылки памяток до видеолекций.

В практике обучения рекомендуется всегда оценивать исходный уровень знаний пациента; сочетать устные, письменные и интерактивные методы; регулярно обновлять обучающие материалы, а также учитывать обратную связь от пациентов для улучшения программ.

## *Технологии обучения*

1. Наглядные материалы:
  - Памятки и брошюры — краткие, с иллюстрациями;
  - Плакаты и инфографика — для размещения в клиниках;
  - Видеоролики — демонстрация упражнений, техник инъекций.
2. Интерактивные методы
  - Ролевые игры (например, как сказать родственникам о необходимости ухода);
  - Кейс-метод — разбор реальных ситуаций («Что делать, если пропустил прием лекарства?»).
3. Оценка эффективности обучения:
  - Устный опрос («Расскажите своими словами, как Вы будете принимать лекарства»);
  - Демонстрация навыков (показать, как пользоваться глюкометром);
  - Анкетирование — оценка удовлетворенности пациентов.

## *Особенности обучения разных групп пациентов*

1. Дети и подростки:
  - Использование игровых форм (куклы, мультфильмы);
  - Вовлечение родителей в процесс обучения.
2. Пожилые пациенты:
  - Учет возможного снижения памяти и зрения;
  - Многократное повторение информации.
3. Пациенты с низким уровнем грамотности:
  - Максимально упрощенный язык;
  - Акцент на визуальных материалах.

Обучение пациентов — неотъемлемая часть качественного медицинского обслуживания. Оно требует от медработников не только профессиональных знаний, но и умения доступно передавать информацию, мотивировать и поддерживать пациентов. Применение разнообразных методов и технологий позволяет добиться наилучших результатов в профилактике и лечении заболеваний. Эффективное обучение — залог повышения приверженности и улучшения качества жизни пациентов.

### 3.5. Использование новых технологий для повышения приверженности

Приверженность пациентов к лечению остается одной из ключевых проблем современной медицины. В условиях цифровизации здравоохранения особую роль приобретают технологические решения, направленные на повышение приверженности. К ним относятся:

- мобильные приложения для контроля лечения;
- автоматизированные системы напоминаний (SMS, email, push-уведомления);
- телемедицинские платформы для удаленного мониторинга;
- умные устройства (гаджеты для измерения показателей здоровья);
- искусственный интеллект (анализ данных и персонализированные рекомендации).

#### *Мобильные приложения для повышения приверженности*

Функционал медицинских приложений довольно широк. Современные health-приложения предлагают комплексный подход к управлению лечением:

- Напоминания о приеме лекарств (по расписанию, с возможностью гибкой настройки);
- Дневники самонаблюдения (АД, уровень глюкозы, физическая активность);
- Образовательные материалы (о заболеваниях, диете, профилактике);
- Обратная связь с врачом (чат, видеоконсультации);
- Геймификация (баллы, достижения для мотивации).

Примеры популярных приложений:

- Medisafe — контроль приема лекарств, напоминания для родственников;
- MyTherapy — дневник здоровья, интеграция с умными часами;
- Diabetes:M — управление диабетом, учет углеводов и инсулина;
- КардиоДневник — мониторинг АД и пульса.

Исследования подтверждают, что использование специализированных приложений увеличивает приверженность на

15–30 %, снижает частоту пропусков приема препаратов, улучшает клинические показатели (HbA1c у пациентов с СД, уровень ЛПНП у кардиологических пациентов). Однако в использовании таких систем имеется ряд ограничений: не все пациенты готовы использовать смартфоны (особенно пожилые), требуется обучение работе с приложением, а также вопросы конфиденциальности данных.

### *Автоматизированные системы напоминаний*

К автоматизированным системам напоминаний относятся такие виды, как SMS-оповещения, email-рассылки, push-уведомления и телефонные автонапоминания. SMS-оповещения — это простой и доступный способ, особенно для пожилых пациентов. Примером такого оповещения может быть напоминание, приходящее заблаговременно на телефон: «Примите метопролол в 8:00. Ответьте, отправив +, если приняли».

По сравнению с SMS, email-рассылки подходят для более развернутых рекомендаций, так как технически позволяют доставлять до пациента неограниченный объем текста и иллюстраций. Push-уведомления, работающие в приложениях, как правило, более персонализированные, с возможностью отметки о приеме, но, как и SMS, они могут содежать лишь короткие тексты. Наконец, телефонные автонапоминания — роботизированные звонки с голосовыми сообщениями, могут быть предпочтительнее более старшими людьми, с ослабленным зрением или людьми, предпочитающими воспринимать информацию на слух, а не читать.

Исследования показывают, что автоматизированные системы напоминаний могут быть достаточно эффективными. Так, SMS-напоминания повысили приверженность к антигипертензивной терапии на 22 %, а автоматические напоминания (в разных формах), по данным Кокрейновского обзора, снижают количество пропусков приема лекарств на 18–25 %.

Преимущества автоматизированных систем напоминаний:

- Низкая стоимость внедрения;
- Широкая доступность;
- Простота использования.

Недостатки:

- Однонаправленность (нет обратной связи от пациента);
- Риск игнорирования сообщений.

### *и умные устройства*

Современные технологии позволяют врачам отслеживать состояние пациентов в реальном времени удаленно. В настоящее время существуют умные тонометры, которые передают данные давления в электронную медкарту, глюкометры с bluetooth, синхронизированные с приложением, фитнес-трекеры, позволяющие контролировать физическую активность и пульс. Отмечается высокая экономическая эффективность таких устройств, например, умные тонометры, предназначенные для ДМАД имеют гораздо меньшую стоимость, чем необоснованно дорогие устройства для СМАД, и в то же время существенно повышают вовлечённость пациента, а значит и эффективность лечения, и, следовательно, уменьшают экономические и социальные последствия низкой приверженности, указанные ранее в таблице 1.

Исследования показывают, что такие системы могут:

- Снижать частоту госпитализаций на 20–35 %;
- Улучшать контроль хронических заболеваний (ХСН, СД, ХОБЛ);
- Повышать вовлеченность пациента в процесс лечения.

### *Искусственный интеллект в управлении приверженностью*

Искусственный интеллект (ИИ) анализирует данные пациента и предлагает индивидуальные решения: предсказание риска отказа от лечения (на основе поведения), адаптивные напоминания (меняет время уведомлений для максимальной эффективности), чат-боты (отвечают на вопросы пациентов 24/7). Например, если ИИ замечает, что пациент регулярно пропускает вечерний прием лекарств, то система автоматически переносит напоминание на более удобное время.

Перспективы развития

- Интеграция с электронными медкартами;
- Использование deep learning для прогнозирования;
- Развитие голосовых помощников (Таких как «Алиса») для напоминаний.

## *Комбинированные стратегии и будущее цифрового здравоохранения*

Наибольшую эффективность показывают гибридные модели, сочетающие мобильные приложения, автоматические напоминания, телемониторинг, обратную связь с врачом. Однако при внедрении комбинированных стратегий возникают ряд барьеров, таких как цифровая неграмотность пациентов, недостаточная оснащенность медучреждений, а также некоторые юридические вопросы (защита персональных данных).

С целью повышения продуктивности и оптимальности при внедрении ИИ в клиническую практику, целесообразно выбирать решения, удобные для пациентов (учитывать возраст, уровень цифровой грамотности), обеспечивать обучение (как пользоваться приложениями, гаджетами) и интегрировать технологии в существующие протоколы.

Цифровые технологии — мощный инструмент повышения приверженности, который уже сегодня демонстрирует клиническую и экономическую эффективность:

- Мобильные приложения и напоминания — простой способ снизить количество пропусков приема лекарств;
- Телемониторинг улучшает контроль хронических заболеваний;
- ИИ позволяет персонализировать подход.

Для максимального эффекта необходимо комбинировать технологии с традиционными методами (обучение, поддержка врача). Будущее — за интеграцией цифровых решений в повседневную клиническую практику, при этом медицинская сестра играет ключевую роль в формировании доверительных отношений с пациентом и повышении приверженности к лечению.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

До сих пор ССЗ остаются одной из ведущих причин смертности в мире, и одним из ключевых факторов их профилактики и контроля является приверженность пациентов к лечению и рекомендациям врача. Особая роль в её повышении отводится медицинским сестрам, которые выступают связующим звеном между врачом и пациентом. Их компетенции в области консультирования, мотивации, обучения пациентов и контроля выполнения рекомендаций способствуют снижению рисков ССЗ и улучшению долгосрочных результатов лечения. Применение современных методик работы с пациентами, включая индивидуальный подход, использование цифровых технологий и психологических техник, позволяет повысить эффективность сестринского вмешательства. Важное значение имеет также междисциплинарное взаимодействие в рамках медицинской команды.

Таким образом, формирование приверженности — это сложный, но управляемый процесс, требующий системного подхода. Данное пособие предоставляет медицинским работникам, в первую очередь среднему медицинскому персоналу, систематизированный взгляд на пути улучшения приверженности пациентов к терапии и, как следствие, снижения сердечно-сосудистых рисков. Мы надеемся, что внедрение представленных рекомендаций в клиническую практику будет способствовать повышению качества медицинской помощи и улучшению прогноза у пациентов с ССЗ.

## Список литературы для самостоятельной подготовки

### *Клинические рекомендации*

1. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В., и соавт. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(9):6117.
2. Галявич А.С., Терещенко С.Н., Ускач Т.М., и соавт. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(11):6162.

### *Монографии*

1. Практическое руководство по медицинскому консультированию и обучению пациентов / под ред. Л.И. Дворецкого. — М.: МЕДпресс-информ, 2021
2. Руководство по сестринскому делу в кардиологии / под ред. Н.А. Мухиной. — М.: Академия, 2019.
3. Посохов, И. Н. Домашнее мониторирование артериального давления. — М: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2025. — 72 с.
4. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
5. Шальнова С.А., Деев А.Д. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в России. — М.: Медицина, 2020.

### *Журнальные статьи*

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Доклад о глобальной ситуации по неинфекционным заболеваниям. — Женева, 2022.
2. Ефремова Е.В. Клиническое значение приверженности к лечению больных с сердечно-сосудистой патологией: учебное пособие / А. Ефремова, В. Шутов, М.В. Мензоров. — Ульяновск: УлГУ, 2016. —28 с.
3. Иванова Е.В., Петрова Л.А. Роль медицинской сестры в повышении комплаентности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Медицинская сестра. — 2022. — № 5. — С. 12–18.
4. Лукина Ю.В., Кутищенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(3):2562.
5. Кобалава Ж.Д. Приверженность пациентов антигипертензивной терапии и препятствия к её улучшению / Ж.Д. Кобалава, Е.Г. Старостина, Ю.В. Котовская. — М.: Терапевтический архив. 2015. — С. 64–69.
6. Кузнецов В.А., Смирнова О.И. Современные подходы к повышению приверженности пациентов к терапии // Кардиология. — 2021. — С. 45–52.

7. Тяпаева А.Р., Наумова Е.А., Семенова О.Н., Булаева Ю.В., Тяпкина Д.А., Бородай А.А. Приверженность лекарственной терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесшими COVID-19 (6 месяцев наблюдения) // Российский кардиологический журнал. — 2024. — № 1;29. — С. 32–37.
8. Посохов И. Н., Праскурничий Е. А. Что изменилось в домашнем мониторинге артериального давления за десятилетие? // Российский кардиологический журнал. — 2024. — Т. 29, № S3. — С. 81–87.
9. Посохов И. Н., Филиппов О. С. Диагностика гипертензивных расстройств в кардиоакушерстве: современное состояние дел // Проблемы репродукции. — 2025. — Т. 31, № 1.
10. Johnson M., Smith K. Patient adherence to cardiovascular medications: a systematic review // Journal of Clinical Cardiology. — 2020. — Vol. 12. — P. 78–85.

### *Интернет-ресурсы*

1. Официальный сайт Российского кардиологического общества. URL: [<https://scardio.ru>](<https://scardio.ru>)
2. Европейское общество кардиологов (ESC). URL: [<https://www.escardio.org>](<https://www.escardio.org>)
3. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). URL: [<https://www.who.int>](<https://www.who.int>)

## Контрольные вопросы и практические задания

### К главе 1

*Контрольные вопросы:*

1. Дайте определение комплаентности и приверженности.
2. Перечислите основные факторы, снижающие приверженность к терапии.
3. Приведите примеры последствий низкой приверженности к лечению.

*Практическое задание:*

Разработайте план беседы с пациентом для оценки уровня приверженности.

### К главе 2

*Контрольные вопросы:*

1. Назовите основные факторы риска ССЗ.
2. Как медицинская сестра может мотивировать пациента к отказу от курения?
3. Каковы основные функции медсестры в профилактике ССЗ?
4. Какой метод мониторингования АД следует предпочесть для повышения приверженности к лечению?
5. Какие диеты рекомендуются для снижения сердечно-сосудистого риска?
6. Как медсестра может помочь пациенту отказаться от курения?

*Практическое задание:*

Разработать памятку для пациента по снижению риска ССЗ (питание, физическая активность, отказ от курения).

### К главе 3

*Контрольные вопросы:*

1. Какие коммуникативные навыки необходимы медицинской сестре?
2. Опишите методы обучения пациентов.

*Практическое задание:*

Разработайте памятку для пациента с АГ.

