

НЕКОМПЛАЕНТНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА-ПАЦИЕНТА КАК ФОРМА МОРАЛЬНОЙ БЕЗОТВЕТСТВЕННОСТИ

Лаврентьев О.Э., Волобуев Е.В., Андреева Ю.В.

В ситуации болезни ребенка родители могут стать фактором риска, если проявляют некомплаентность. В статье выясняется, несут ли они за это моральную ответственность.

Ключевые слова: врач-педиатр, некомплаентность, моральная ответственность.

Parents' non-compliance as the form of moral irresponsibility

Lavrentev O. E., Volobuev E.V., Andreeva J.V.

In a situation of illness of the child parents can become a risk factor if show non-compliance. In article it is found out, whether they for it bear moral responsibility.

Keywords: the doctor-pediatrician, non-compliance, moral responsibility.

Случай. Больной Иванов Сергей, 12 лет, обратился в поликлинику с жалобами: болен 2-й день – влажный кашель, насморк, слабость, утомляемость. В 1-й день болезни температура 36,8°C, во 2-й день – до 38°C. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожа чистая. Зев – гиперемия. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца чистые. Живот мягкий, безболезненный. Поставлен диагноз: «ОРВИ». Участковым врачом назначено лечение: арбидол 0,1 (1 т) x 4 р/д – 5 дней, парацетамол 0,5 (1 т) при температуре 38°C, адрианол 4 к. x 3 р/д; теплое питье, полоскание зева. Была назначена явка на прием через 3-4 дня, но мать отказалась от визита под предлогом того, что в поликлинике «полно больных детей, еще чем-нибудь заразится».

На 5-й день болезни повторное обращение к участковому педиатру. При осмотре: температура 38,5-39°C, держится на фоне жаропонижающих и противовирусных препаратов, влажный кашель, насморк. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Периферические узлы не увеличены. Носовое дыхание затруднено. Кожа чистая. Зев – гиперемия. В легких жесткое дыхание. Отмечаются разнокалиберные хрипы по всем легочным полям. Дыхание ослаблено. Тоны чистые. Живот мягкий, безболезненный. Участковым врачом поставлен диагноз: «ОРВИ. Обструктивный бронхит. Острая пневмония». Предложена госпитализация. Мать от госпитализации ребенка в стационар отказалась. Дала расписку об отказе в госпитализации. Участковым врачом назначено лечение: роксигексал 150 (1 т.) x 2 р/д – 7 дней + симптоматическая терапия. При следующих посещениях (на следующий и через день) симптоматика заболевания: нарастала температура - 39-40°C, влажный кашель, учащенное дыхание, одышка. Антибиотики не пили – мать отказывается их давать, так как боится, что у ребенка будут проявления дисбактериоза. От госпитализации по-прежнему отказывается.

О течении заболевания участковым врачом была поставлена в известность зав. отделением, которая также осматривала ребенка. Через 2 дня при осмотре участковым педиатром выявлено: состояние тяжелое за счет симптомов интоксикации, одышка, учащение пульса. Кожа бледная. Зев – гиперемия. В легких жесткое дыхание. Влажные разнокалиберные хрипы. Отмечаются явления крепитации. Участковым педиатром опять предложена госпитализация. Мать согласилась. Вызвана КСМП. Ребенок был госпитализирован в детскую инфекционную больницу. При поступлении: в приемном покое выставлен диагноз: «ОРВИ. Острая пневмония ДН=II». При поступлении ребенок госпитализирован в реанимационное отделение, где была назначена инфузионная терапия + антибактериальная терапия. На 5-й день ребенок был переведен в отделение с улучшением, где была продолжена антибактериальная терапия до 10 дней и

этиопатогенетическая терапия. Ребенок был выписан из стационара через 21 день по выздоровлению.

Комментарий. В данном случае мы имеем дело с некомплаентностью родителей, конкретно – матери больного ребенка. Что это такое?

Проблема осознанного принятия и выполнения рекомендаций врача в целом комплексе лечебно–реабилитационных мероприятий требует серьезного изучения. Вполне традиционно, что вина за невыполнение предписаний возлагается на недобросовестного больного. На самом деле, пациент при общении с врачом изначально сталкивается с бесконечными, строгими рекомендациями, которые в подавляющем количестве непонятны ему. При таком подходе врач держит больного в полном неведении, чем заставляет полагаться исключительно на свой «врачебный авторитет». Это, в свою очередь не способствует улучшению состояния больного, искажает клиническую картину заболевания, приводит к большому количеству осложнений, так как не многие способны слепо выполнять непонятные рекомендации на протяжении длительного времени. Основная масса рано или поздно перестает следовать рекомендациям в ущерб своему здоровью. Это говорит о том, что больной не научен осознанно помогать себе, не имеет полной убежденности в том, что назначенное лечение рационально и необходимо.

Термин «комплаентность» (точное и осознанное выполнение рекомендаций врача в ходе лечения) стал широко применяться практическими врачами, как за рубежом, так и в России в основном при обсуждении проблемы лекарственной терапии. При этом мало кем из авторов публикаций уделяется внимание личностным особенностям пациентов, их ценностным ориентациям и социальному статусу, несмотря на достаточно сложные в социальном адаптировании соматические заболевания. Отсутствие данных об изучении комплаентности в стоматологической практике можно интерпретировать как неразработанность этой проблемы или как показатель низкого интереса к этому вопросу врачей стоматологического профиля.

Ежегодно из-за последствий низкой комплаентности, по данным американских медиков, погибает 125000 пациентов с различными заболеваниями. Около 10% всех случаев госпитализации связано с несоблюдением указаний лечащего врача. Значительная доля расходов, связанных с лечением в стационарах, также обусловлена низкой комплаентностью.[1 - 5]

Категория несогласия с лечением может использоваться лишь тогда, когда в фокусе клинического внимания находится несогласие с важными аспектами лечения заболевания. Таким образом, речь идет не обо всех аспектах терапии, а только о важных. Причем степень «важности» оценивается, как правило, врачом, что приводит к частому несовпадению точек зрения участников терапевтического процесса и само по себе может приводить к нонкомплаенсу.

Иным является определение комплаентности как степени, с которой поведение больного согласуется с медицинскими требованиями: пассивно или активно (в последнем случае предлагается альтернативный комплаенсу и более нейтральный термин «приверженность» – adherence, или конкорданс). В данном случае комплаенс адекватен определению нонкомплаенса как любого отклонения от предписанных врачебных рекомендаций и более соответствует хорошо известному в нашей стране определению «режима лечения».

Вместе с тем существует некоторое различие между согласием с лечением и исполнением врачебных рекомендаций. Первое связано с субъективным отношением больного к терапии, степенью соответствия его представлений о терапевтическом процессе с представлениями врача, второе относится к поведенческому аспекту пациента. Возможное несовпадение результатов лечения при этом очевидно.

Существует и другое определение комплаенса, которое подразумевает некое внутреннее пространство больного, в пределах которого можно говорить о совпадении действий пациента с медицинскими рекомендациями.

В таком значении считается, что степень комплаенса отражает и степень удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи. Однако и это не совсем верно, поскольку нередко имеются явно завышенные требования пациентов к качеству стоматологической помощи, основанные на оторванных от реальности и наивных надеждах больного на быстрое исцеление.

Не менее противоречивы и концептуальные модели комплаентности, отражающие разнообразие исследовательских подходов при изучении этой проблемы:

1) биомедицинская модель, с фокусированием на таких аспектах, как лечебный режим и побочные эффекты;

2) бихевиористская модель, с акцентом на средовых влияниях и развитии поведенческих навыков;

3) образовательная модель, центрированная на улучшении взаимоотношений между пациентом и врачом;

4) модель популярных в обществе представлений о здоровье, основанная в первую очередь на рациональной оценке полезности, а также препятствий к лечению;

5) модель саморегулирующихся систем, в рамках которых анализируются когнитивные и эмоциональные реакции на угрозу заболевания.

Анализ этих моделей комплаенса показывает, что одни из них основаны на вере в выздоровление, другие – на альтернативной адаптации, а третьи – на когнитивных функциях и т. д. Отсутствие какой-либо сопоставимости между ними, а также единой теории развития комплаенса вызывает обоснованную критику со стороны оппонентов как самих этих моделей, так и полученных при их использовании результатов.

Разноречия в определении термина “комплаенс” и моделей его развития дополняются фактическим отсутствием полноценных стандартизированных методов оценки несогласия больного с терапией.

Если говорить о факторах, способствующих нонкомплаенсу, то из множества лишь некоторые являются однозначно негативными. С большими или меньшими оговорками, причинами несогласия с лечением большинство клиницистов считают дискомфорт, вызванный различными нежелательными проявлениями медицинского характера, дороговизну лечения, индивидуальные, религиозные или культурные ценности суждения больных относительно преимуществ и недостатков предложенного лечения, обусловленные личностными особенностями трудностями адаптации (например, отрицание болезни), наличие психических расстройств и др.

С другой стороны, такие факторы, как полное информирование пациентов о возможных побочных эффектах назначаемого врачом метода лечения, снижение количества визитов, использование медикаментов разового применения, у разных больных могут способствовать как комплаенсу, так и нонкомплаенсу. Побочные эффекты препаратов, по мнению многих авторов, являются одними из самых значимых причин, приводящих к нонкомплаенсу. Однако, по нашим данным, для этого имеют значение не столько количество и спектр нежелательных явлений, сколько их субъективная непереносимость. Кроме того, согласие с терапией, зависящее от чрезвычайно большого числа факторов, крайне неустойчиво. Так, потеря доверия к врачу или ятрогения может в один день сменить комплаентность на нонкомплаентность, что свидетельствует о субъективной значимости определенного фактора в определенный момент терапии.

С нашей точки зрения, полный комплаенс – всего лишь крайняя точка в широком континууме отношения больных к проводимой терапии и является скорее желаемой целью, тогда как нонкомплаенс к лечению, т.е. все, что меньше полного комплаенса, имеет много различных форм и нуждается в тщательном анализе и изучении. Термины “комплаенс” и “нонкомплаенс”, несмотря на всю их важность для клинической практики слишком широкие и трудно диагностируемые понятия. Поэтому согласие–несогласие с лечением часто выступает как субъективная категория, плохо поддающаяся

объективному анализу. Вместе с тем нельзя не отметить, что полный комплаенс часто достигается у больных с определенными типом личности или с определенными установками, что ставит вопрос о его желательности.

Для того чтобы сделать эту область доступной непосредственной оценке, а, следовательно, и научному исследованию, необходимо для начала выделить из нее наиболее очерченные и поддающиеся измерению составляющие. В этом смысле отказ от лечения можно рассматривать как наиболее явную или крайнюю форму нонкомплаенса, поскольку он является открытым (и осознанным) выражением несогласия пациента с рекомендуемым офтальмологическим лечением, сопровождающимся соответствующей поведенческой реакцией.

Будучи крайним вариантом нонкомплаенса, отказ от терапии является однозначной результирующей всего объема обуславливающих его факторов и гораздо легче поддается как первичной диагностике, так и всестороннему измерению (по сравнению с оценкой комплаентности в целом). Он включает и отказ от посещения врача, и отказ начинать лечение или преждевременное его прекращение, и применение различных лекарственных средств их без учета полученных рекомендаций. Частичный нонкомплаенс в таком понимании будет означать частичный отказ от терапии. При этом больные обычно отказываются принимать какие-то определенные препараты или методы лечения (например, физиотерапия, хирургическое лечение).

Таким образом, оценка нонкомплаенса (полного или частичного), фактически, представляет собой оценку отказа (полного или частичного) от терапии (если не иметь в виду простую забывчивость больного), который и может выступать в качестве модели для изучения нонкомплаентности вообще. Существенным преимуществом этой модели является потенциальная возможность выявления скрытых форм нарушения режима терапии, в том числе и скрытых отказов от лечения или реабилитации.

В приведенном примере некомплаентное поведение демонстрирует не сам пациент (ребенок), а его полномочный представитель (мать), что усугубляет негативный эффект некомплаентности.

Комментарий специалиста в области биоэтики. С точки зрения этичности поведения при нонкомплаенсе можно высказаться однозначно – оно неэтично. Для такой оценки существуют следующие основания:

1. Мать не демонстрирует полной некомплаентности, но и не информирует врача о том, что определенные его рекомендации выполнять не собирается.
2. Ребенку-пациенту 12 лет, он вполне может высказать одобрение или неодобрение лечения, но его никто не спрашивает. Между тем, такой подход предусмотрен международными документами.
3. Мать, как полномочный представитель ребенка, несет в данном случае, двойную ответственность, поэтому выполнение рекомендаций врача – это выполнение ее долга перед ребенком. Субъективный стандарт представителя пациента, который, очевидно, используется в данном случае, может распространяться на взрослых недееспособных пациентов, но не на детей.
4. Остается неясным, как было оформлено (и было ли оформлено) информированное согласие в данном случае. Если оно было подписано, то моральная ответственность матери за невыполнение ее обязательств, указанных в форме согласия, же очевидна. Если оно не было оформлено в соответствии с правилами, чем часто грешат участковые педиатры, посещая своих пациентов на дому, то врач и не мог рассчитывать на комплаентное поведение.

Заключение. Некомплаентное поведение пациентов латентно содержит признаки неэтичного отношения не только к врачу, но и к себе самому.

Некомплаентное поведение родителей должно предполагать их этическую ответственность, поскольку усугубление состояния ребенка в результате такого поведения можно считать разновидностью жестокого обращения, хотя и неумышленного. Мы полагаем, что было бы полезно расширить полномочия врача в принятии клинических решений в случае, если он видит предпосылки некомплаентного поведения со стороны родителей больного ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутова В.Г., Каплан М.З. Аналитическая оценка контингента населения, обращающегося за лечебно-профилактической помощью в негосударственную медицинскую организацию // Проблемы организации медицинской помощи.-1999.-№3.-С.39-41; Кречетов С.Г. Медико - социологические аспекты профессионально-важных качеств врача: дис...канд. мед. наук, Волгоград, 2000.-160с.;
2. Мадьянова В.В. Мотивация профессиональной деятельности врачей-педиатров (по материалам комплексного социологического исследования): Автореф. дис... канд. мед. наук.- Волгоград, 2003.-33с.;
3. Сергеев Ю.Д. Некоторые особенности правового регулирования оказания медицинской услуги в ГК РФ /Ю.Д. Сергеев, Б.В. Кашко, Е.Г. Кашко // Медицинское право.-2004.-№2.-С.16-20.
4. Силуянова И.В. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма.// Экономика здравоохранения.-2000.-№1.-с.5-8;
5. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность.М., 1986.Т. 1,2.