

**ПРИЛОЖЕНИЕ НА ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРАНИЯ ПОДХОД В
УПРАВЛЕНИЕТО НА ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В ОБЩАТА
МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА**

Алекова С.* Попов Б.**

* Секция «Обща медицина», Медицински факултет,
** Секция «Медицинска генетика», Медицински факултет
Тракийски университет, гр. Стара Загора
sevdalina.alekova@abv.bg

**APPLICATION OF PATIENT-ORIENTED APPROACH IN MANAGEMENT OF
CHRONIC DISEASES IN GENERAL PRACTICE**

Alekova S. *, Popov B. **

* Section of General medicine, Faculty of Medicine, Trakia University,
** Section of Medical Genetics, Faculty of Medicine, Trakia University,
11 Armejska str., Stara Zagora, Bulgaria
sevdalina.alekova@abv.bg

ABSTRACT:

Chronic disease is defined as a long-term health condition with periods of exacerbation and remission and usually it cannot be completely healed. Fortunately, it can be managed by providing quality medical care, involving the application of appropriate medication therapy, an adequate diet, an individual program for physical activity and building healthy behavioral habits. Some chronic diseases are terminal in nature and they are a "mortal threats" for the patient. However, more often than not, chronic illness is a "life sentence", that affects the psycho-emotional and social world of the patient and changes his lifestyle. The patient-centered approach is a relatively new, modern way of thinking about health and "illness" which takes into account the whole personality. It looks at a patient as an individual with its specific features, as a person with a unique genetic profile who lives in a particular environment and who leads his own lifestyle. The application of this approach in patients with chronic diseases is essential in General practice, as it provides individualized healthcare for patient, who is active participant in clinical decision making, that is considered his feelings, understandings, experiences related to the disease and personal preferences.

KEY WORDS: PATIENT-ORIENTED APPROUCH, CHRONIC DISEASE, GENERAL PRACTICE

УВОД:

Общата медицинска практика е насочена към човека в неговата цялост, в здраве и болест, вземайки под внимание пълният психосоматичен и социален статус, а не фокусиране върху лечението на конкретен орган. (23) Позовавайки се на основни принципи, които я характеризират- всеобхватност, продължителност, координираност и персоналност, тя заема генерална позиция в здравната система, за да посрещне и отговори на предизвикателствата, свързани с управлението на хроничната морбидност. Личност-ориентираната и природа и позволява успешно да съгласува концепцията за кардинална и активна фигура на пациента в условията на първичната извънболнична медицинска помощ и да подкрепя прилагането на пациент-центриран подход на консултация при оценка и мониториране на здравното му състояние. Разглеждането на хроничното заболяване и психосоциалните му измерения, пречупени и проявени през призмата на личността на пациента подпомага процеса на договаряне и сътрудничество, необходими за изпълнение на терапевтичния план. (34) Пациент-ориентираният стил на обгрижване, който е утвърден като ключова компетенция във фамилната медицина обуславя изграждането на дългогодишна връзка с пациента,

основана на уважение и зачитане на автономността му, на съобразяване и приемане на неговия мироглед, семейни и културни ценности.

ЦЕЛ:

Целта на представената публикация е да разгледа същността и приложението на пациент-центрирания подход при консултация на пациенти с хронични заболявания в общата медицинска практика, позовавайки се на информация от проведени български и чужди научни изследвания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

За постигане на поставената цел бяха проучени и анализирани български и чуждестранни статии и публикации, актуални научни разработки на представителства, департаменти и сдружения на фамилни лекари в Европа и доклади на Световната здравна организация относно приложението и ефективността на пациент-ориентирания модел при лечение и мониториране на хронични заболявания в общата медицинска практика.

ДИСКУСИЯ:

В двадесет и първи век технологичният възход в областта на медицинските науки значително повлия върху масовото прилагане в здравната система на така наречения „болест-ориентиран подход“, разглеждащ индивидите основно като „клинични случаи“, подценявайки социо-културните и хуманистични аспекти на грижите за пациента. (9) А именно предлагане на стандартна медицинска помощ, включваща систематично определяне диагнозата на пациента, следвайки и съобразявайки се с клиничните гайдлайни и изисквания на здравните фондове. Лимитирането на медицинските дейности и нарастващият регулаторен натиск допълнително компрометира комуникацията и уважението между медици и пациенти. В допълнение лечебните средства и научен инструментариум са по-слабо ефективни, когато се прилагат на сляпо, в неведение за психо-емоционалните проявления и контекст на болестта на пациента. Това предопредели насърчаване приложението на стилове на комуникация ориентирани към личността на пациента, а не единствено към конкретното заболяване. Самото общуване, разясняване, проучване и споделяне извън рамките на стандартния медицински подход подпомага изграждането на доверие, избягването на стереотипно мислене и фрустрация и води до ефективен и честен процес на договаряне между лекар и пациент. (3, 4, 5, 10) По този начин чрез пренасочване от традиционния модел на консултация, при който заболяването е в центъра на здравните грижи към модел, при който пациента е във фокус, фамилната медицина разглежда целия човек, поставяйки акцент върху зачитане на неговите ценности, права, идеали и вярванията. Според Григорова А. пациент-центрираният подход постулира вземане на медицински коректни решения на основата на отговорна грижа както по отношение на физическото състояние на пациента, така и по отношение на неговата идентичност като личност. (15)

Подходът е особено значим и ползотворен при консултиране и проследяване здравния статус на пациенти с хронични болести в общата медицинска практика. Световната здравна организация ги разглежда като заболявания, изискващи "текущо управление, в продължение на години или десетилетия". (12) В глобален аспект те представляват едно от основните здравни предизвикателства на настоящия век. Обединяват ги изискванията за координирани и постоянни медицински и социални грижи, обхващащи дълъг интервал от време, осигурени от широк кръг специалисти,

както и своевременен достъп до основни, есенциални лекарства и помощни средства, всичко това вградено в система за мониторинг, която да промотира овластяването на пациента. (13) С разработването на многобройни високотехнологични и свръхмодерни апаратури за откриване и диагноза в сферата на медицината беше разкрито, че някои хронични заболявания са резултат от действието на инфекциозни агенти, като например човешкия папиломен вирус (карцином на маточната шийка), вируса на хепатит В (карцином на черния дроб), Epstein-Barr вируса (лимфом на Бъркит), бактерията *Helicobacter pylori* (свързана с редица заболявания, включително карцином на стомаха и някои видове лимфоми) и други. (18) В етиологията на заболяванията могат да бъдат включени редица фактори, включително генетични и фактори от страна на околната среда. Към хроничните инфекциозни състояния се отнасят и заболяванията, причинени от човешкия имунодефицитен вирус и синдрома на придобитата имунна недостатъчност, които чрез огромния напредък в медицината са превърнати от бързо прогресиращи фатални състояния в контролируеми здравни проблеми, позволявайки на засегнатите пациенти да живеят с тях дълги години. (13) Хроничните незаразни болести са причина за 80 % от смъртните случаи в България, като на челни позиции се нареждат сърдечно-съдовите заболявания, злокачествените новообразувания, хроничните белодробни болести и диабета. (17) В световен мащаб бедността, глобализацията, урбанизацията и стареенето на населението имат генерална роля за възникването на пандемия от хронични незаразни болести. Възходът на хроничните неинфекциозни заболявания представлява огромен проблем и за социално-икономическото развитие на обществата. „За някои страни не е преувеличено ситуацията да се опише като предстояща катастрофа, бедствие за здравето, за обществото ...”. (19, 20) Обикновено хроничните незаразни заболявания биват дефинирани като дългосрочни заболявания, които се развиват бавно с течение на времето, с чести епизоди на обостряне на клиничните симптоми, водещи до необратими остатъчни нарушения и/или инвалидизиране. Разпространението им не може да бъде предотвратено чрез аплицирането на ваксини. Пациентите, страдащи от тях не могат да бъдат напълно излекувани с помощта на лекарствени медикаменти, нито пък е възможно болестният процес да спре своето развитие и да изчезне от само себе си. Доказано е, че посочените болести са причинно-следствено свързани с водещи поведенчески рискови фактори като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене, повишена употреба на натрий/ сол, ниска физическа активност. От своя страна тези неблагоприятни и вредни за здравето навици водят до ключови метаболитни и физиологични промени, а именно високи нива на кръвно налягане, повишени стойности на глюкоза в кръвта, повишени стойности на липиди в кръвта (триглицериди и LDL – холестерол) и затлъстяване. (14) В най-общ смисъл хроничните заболявания са трайни състояния, като някои от тях могат да представляват смъртна заплаха за пациента (23), а много други попадат в различна категория на ограничаване физическия капацитет на индивида и нарушаване качеството му на живот.

Пациент-ориентираната медицина приема хроничното заболяване едновременно като биомедицински, социален и психологически проблем. Въникването в емоционалния и социалния контекст на пациента е от съществено значение за правилното разбиране на неговото болестното състояние. (9, 7, 8) Психосоциалните фактори променят реакцията на пациента към болестта чрез увеличаване или намаляване на неговите общоустойчиви ресурси. (24) Те допринасят в значителна степен за отключването на здравословен проблем, но повлияват и върху тежестта и продължителността му. (1, 2) Индивидите развиват своите персонални “обяснителни модели” или възприемат

съществуващите такива, които представят тяхната лична концепция за причините, за хода и последиците от тяхната болест. Днес е неоспорима тезата за ролята на установените нагласи, вярвания, поведение и бит на пациента върху прогреса на неговото хронично увреждане. Хората рационализират опита си със заболяването чрез сложна мрежа от лични преживявания и системи от убеждения, вкоренени в техния духовен, екзистенциален и социален свят. (6, 9) Именно потискането и деактивирането на хроничните симптоми е резултат на взаимосвързани както физически, така и психологически, социални и професионални фактори. (28) Пациент-ориентираният подход подчертава, че тяхното разглеждане като съпътстващи и перманентни компоненти на хроничното заболяване, оценяването и управлението им в общата медицинска практика води до подобряване на клиничните резултати. (9, 16, 25, 26, 28, 29, 30) За да използва ефективно този подход на консултация, общопрактикуващият лекар е важно да има изградени умения за разпознаване и зачитане опита на пациента с хроничното увреждане, да разбира значението, което пациента придава на болестта, да присъства в моментите, когато се нуждае от помощ и да го окуражава. (16) Начинът, по който индивидите възприемат и реагират на хроничните заболявания, зависи от обществените и културни норми, от генетичната обусловеност и семейни преживявания. (16, 28, 29, 30) Освен това, наличието на хронично болен в семейството е и животопроменящо събитие. То води след себе си редица последствия, които изправят множество предизвикателства пред цялата семейна единица. (35, 36) Поведението, изградено в отговор на болестта варира значително сред хората, като в някои случаи то може да бъде контрапродуктивно и дори да доведе до влошаване на здравното състояние. Нужно е време, за да се приспособи пациента към развитието на придобитото заболяване с хроничен характер, да асимилира и усвои информацията за болестта и нейното въздействие. Това е дълъг и динамичен процес на адаптация на болния към неговото състояние и настъпващите промени в житейските му обстоятелства, с бързо изменящи се мисли, чувства, с изграждане на нагласи и нови навици, с изработване на план за управление на заболяването и справяне с ограниченията, които то налага. (31) Една от най-важните роли на личния лекар е да улесни естественото приспособяване на пациента и неговото семейство към хроничната болест. Мненията, препоръките и предложенията на близките на пациента с хронично страдание често са много важни за процеса на менажиране на заболяването. Самото функциониране на семейството е мощно определящо средство за цялостното качество на живот и благополучие при пациентите с хронични заболявания. (36) Включването на близките на пациента в неговата ежедневна борба с трудностите, които диктува хроничното увреждане подпомагат процеса на привикване и обучение за преживяване и самосъхранение при променящите се жизнени условия. Безпрекословната подкрепа на роднините на болния за преодоляване на наложените от хроничното заболяване социални и функционални бариери, на семейната всеотдайност и ангажираност за стриктно спазване и изпълнение на терапевтичния курс води до повишаване на психоемоционалния му тонус, редуциране на тежестта и честотата на оплакванията му и подобряване на неговия life style.

За съжаление, въпреки напредъкът на медицината, който дава шанс на хората с хронични увреждания да оцелеят, техният живот често е изпълнен с несигурност, физически дискомфорт и социална изолация. (35) Вътрешните душевни преживявания, провокирани от болестта се превръщат в тежко бреме за психиката и съзнанието на индивида. В общата медицинска практика фамилията е в идеална позиция своевременно да идентифицира тези негативни и деструктивни емоции, които възникват в хода на самото хронично заболяване. Той трябва внимателно да изслуша

тревогите и притесненията на пациента и да съумее да долови и разтълкува вярно прикритите, неизказани персонални страхове и опасения на болния. Психологическата грижа е нужно да се основава на разбирането, че емоционалните реакции, предизвикани от болестта са обичайни, както и приложението на копинг стратегии и техники за приспособяване и постигане на психоемоционален баланс, които неизменно е необходимо да присъстват в терапевтичния режим. (24, 28, 35) Някои хронични състояния изискват серия от психологични корекции, тъй като с развитие на патологичния процес се проявяват различни здравни проблеми и усложнения, спрямо които пациента често се чувства неподготвен, объркан и уплашен. Труден и деликатен е и периода на преход между различни форми на лечение, което също задължава да бъде извършена психологична подготовка на пациента, страдащ от хронична болест. Индивиди с хронични страдания могат да спазват определен режим на медикаментозен прием, а друг - да бъде възпрепятстван и неуспешен. Възможно е дори да бъде отказан приема на предписани лекарствени средства, поради неосъзнаване на значимостта и важността им или на неразбиране на показанията им и обосновката за резултатите след тяхното аплициране. Прекомерните финансовите разходи се оказват проблематични за някои пациенти, което води до преустановяване на терапията по тяхна инициатива. Придържането към определеното лечение е от ключово значение за правилния контрол на заболяването. Ниската степен на придържане води до повишена заболеваемост, съществени икономически разходи за здравеопазване, по-голям брой хоспитализации, лошо персонално благосъстояние и висок коефициент на смъртност. (25) Участието на индивида още от самото начало в дискусиите за неговото хронично заболяване и управление му, подпомага да бъдат избегнати ситуации, в които назначената терапия да се превърне в арена, където се водят битки за независимост. (28) Тук незаменима функция изпълнява личният лекар и неговите комуникативни способности да съдейства на болния за правилно разбиране естеството на заболяването, потенциалните ползи от лечението, разрешаване на опасенията за странични и нежелани ефекти и мотивиране на пациента да развие умения, необходими за оптимално самоуправление. (25) Пациент-центрираният модел на консултация в общата медицинска практика е ориентиран към осигуряването на здравна помощ, която е съгласувана с ценностите на индивида, с неговите предпочитания и нужди. (32) Този подход позволява на пациента да даде своя принос в изпълнението на медицинската грижа чрез активното му включване в обсъждането и вземането на решения, свързани с неговия здравен статус. (26) Водеща е идеята за изграждането и поддържането на открити и коректни професионални взаимоотношения с пациентите, основаващи се на споделено разбиране и сътрудничество, уважение към личността на индивида, зачитане на неговите възгледи и позиция, на правото му на информираност и на свободен избор. (33) В обобщение, пациент-ориентираният стил на комуникация в общата медицинска практика позволява да бъде унифициран в следните шест опорни домейна, които са разработени от Stewart M. и колектив (27, 29, 30):

- изследване на причината за посещение, притесненията на пациента и нуждата му от ясна и точна информация,
- възприемане и разбиране света на пациента в интегрален аспект, а именно неговата цялостна личност, емоционални и екзистенциални потребности, житейски проблеми,
- съвместно обсъждане здравният проблем на пациента, намиране на обща позиция за проблема и постигане на взаимно съгласие за управлението му,
- подобряване и укрепване на връзката общопрактикуващ лекар – пациент в дългосрочен план,

- включване на превантивни и промотивни дейности, насочени към забавяне прогреса на хроничното заболяване,
- представяне на реалистичен и обективен поглед за персоналните функционални и социални ограниченията, които възникват в хода на хроничното заболяване, както и за наличните ресурси на пациенти за адаптиране.

Наред с лечението, предотвратяването на рецидивите и профилактиката на усложненията са необходими здравни грижи, насочени преди всичко към съхранение на пациента като личност, запазване на неговата идентичност и осигуряване на пълноценен живот въпреки хроничната болест. (35)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Хроничните заболявания обикновено изискват големи адаптации към определен ритъм на живот, включващи изработване на нови начини за ефективно решаване на задачи и дейности от ежедневието и справяне с възникващите функционални трудности в променените условия. Сложността и многообразието на реакциите, нагласите и поведението на хората към болестта оказват съществено влияние върху нейното развитие и ефикасността на управлението и. Професионалните взаимоотношения с пациентите представляват изключително важен елемент в контрола на физическите, психологични и социални аспекти на хроничното състояние в общата медицинска практика. Една от най-ценните мисии на общопрактикуващия лекар е да подкрепя и помага на пациента да се приспособи към болестта, което може да бъде болезнен и труден процес. Приложението на пациент-ориентирания подход във фамилната медицина значително би повишило качеството на комуникация и терапевтична връзка между медици и пациенти с хронични здравни проблеми, посредством изграждането на съгласувано споразумение за лечение с индивида, постигнато чрез преговори, зачитащи неговите персонални желания, вярвания и убеждения. В основата на този модел на консултация стои идеята за „центрираност на пациента“, която промотира схващането, че най-добри резултати от терапията могат да бъдат постигнати в среда, която стимулира партньорството и обмена на информация.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Feinstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. *Milbank Q* 1993;71:279-322.
2. Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation* 1993;88:1973-1998.
3. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA* 1999;282:583-589.
4. Botelho RJ. A negotiation model for the doctor-patient relationship. *Fam Pract* 1992;9:210-218
5. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152:1423-1433.
6. Langer N. Culturally competent professionals in therapeutic alliances enhance patient compliance. *J Health Care Poor Underserved* 1999;10:19-26.
7. Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-cultural primary care: a patient-based approach. *Ann Intern Med* 1999;130:829-834.
8. Peters B, McRee S. Born in the USA: the medicalization of social problems. *Mich Health Hosp* 1996;32:71-73.
9. Green R. A., Carrillo E. J., Betancourt R. J., Why the disease-based model of medicine fails our patients *West J Med* 2002;176:141-143

10. Novack D. Therapeutic aspects of the clinical encounter. In: Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A, eds. *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*. New York, NY: Springer-Verlag; 1995:32-49.
11. Drummond N., *The Psychology of Chronic Illness*, file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/PsychChronIll%20(1).pdf
12. WHO. *Noncommunicable Diseases*. (2016). http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/
13. Nolte E., McKee M., *Caring for people with chronic conditions A health system perspective*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press/McGraw-Hill. 2008. ISBN: 978 0 335 23370 0. pp 24-25
14. WHO. *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. ISBN 978-92-4-151462-0
15. <https://mariasharkova.com/grigorova-etichno-konsultirane>
16. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001;322(7284):468–472. doi:10.1136/bmj.322.7284.468
17. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/programa-preventsia-hronichni-nezarazni-bolesti-2014-2020.pdf
18. Knobler SL., O'Connor S., Lemon SM., Najafi M. *The Infectious Etiology of Chronic Diseases: Defining the Relationship, Enhancing the Research, and Mitigating the Effects: Workshop Summary*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. ISBN: 0-309-52672-8
19. World Health Organization. New WHO report. April 27, 2011. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/ncds_20110427/en/index.html. Accessed May, 2, 2011.
20. Terzic A, Waldman S. Chronic diseases: the emerging pandemic. *Clin Transl Sci*. 2011;4(3):225–226. doi:10.1111/j.1752-8062.2011.00295.x
21. James Ross, M.D *Functional Medicine 101 Part 2: Patient-Centered Model vs Disease-Centered*
22. Ross J. *Functional Medicine*. March 19, 2017, <http://rossmedicalcare.com/functional-medicine-101-part-2-patient-centered-model-vs-disease-centered/>
23. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva, 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.X). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
24. Antonovsky, A. *Health, stress, and coping*. (1979). San Francisco: Jossey-Bass. ISBN 0875894127
25. Mitkova Z, Tashkov K, Dimitrova M, Manova M. Influence of the therapeutic regime on the compliance with the therapy in patients with chronic diseases in Bulgaria. *Social Medicine 2-3 2017*, ISSN 1310 – 1757, pp. 29-33
26. Балашкова М, Валентинова Цв. Пациент- центрираната комуникация- реалност или предизвикателство за общопрактикуващите лекари. *Scripta Scientifica Medica*, 2011; vol. 43 (7) pp 171-173
27. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*. 2001;322(7284):444–445. doi:10.1136/bmj.322.7284.444
28. Report of a joint working group of the Royal College of General Practitioners and the Royal College of Psychiatrists. *The management of patients with physical and psychological problems in primary care: a practical guide*. January 2009. pp 21- 75

29. Stewart M, Brown J, Weston W, R McWhinney I, L McWilliam C, R Freeman T. Patient-centered medicine – transforming the clinical method. 2nd Edition, 2003, Radcliffe Medical Press. ISBN 1 85775 981 8, pp. 25 - 101
30. Stewart M. Reflections on the doctor–patient relationship: from evidence and experience. *British Journal of General Practice*, October 2005 pp.793- 801 <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.858.2810&rep=rep1&type=pdf>
31. Dimcheva T, Mateva N, Bakova D. The time as a resource in the care of patients with chronic diseases. *Scientific Research of the Union of Scientists in Bulgaria – Plovdiv, series G. Medicine, Pharmacy and Dental medicine, Vol. XVII, ISSN 1311-9427, pp.19- 22*
32. Assenova R, Kireva L, Foreva G. Preliminary assessment of GPs' knowledge and attitude about person centred care. *Knowledge – International Journal 2018, Vol.28.2:567-570*
33. Assenova R, Kireva L, Foreva G. GPs'perception of the patient oriented interventions as key elements of patient centred care for people with multimorbidity. *Knowledge – International Journal 2018, Vol.28.2:561-565*
34. Кирева Л, Форева Г, Асенова Р. Пациент-центрирани грижи в общата практика. *Обща медицина*, 2014, Год. XVI, бр 1:32-35
35. Yankulova E, Yankova G, Grozdanov I. Problems and perceptions of the disease in patients with chronic illnesses and techniques of self- regulation of the behavior of illness. Сборник доклади от Юбилейна научна конференция с международно участие: Образование, наука, иновации в здравните грижи“, Враца, 2017. ISBN 978-954-9318-89-0 pp. 82-86
36. Buyuklieva E., Family functioning in the context of childhood chronic disease.pp.74-81 http://uni-sz.bg/truni4/wp-content/uploads/pf/file/20172018/Izdaniya_PF/Yearbook_2017/07_Elena%20Buyuklieva%20.pdf