

## Оценка мотивационно-когнитивного статуса у врачей первичного звена здравоохранения при лечении больных с метаболическим синдромом

Кириченко Л. Л., Овсянников К. В., Федосеев А. Н., Королев А. П., Будик О. В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова Минздрава России. Москва, Россия

Метаболический синдром (МС) привлекает все больше внимания клиницистов, благодаря возрастающей распространенности, а также неблагоприятному прогнозу. Целью лечения любого хронического заболевания является достижение удовлетворительного комплаентного состояния, зависящего от мотивационного статуса как больного, так и врача. Связь между мотивацией к проведению длительной терапии, уровнем знаний и готовностью применять их на практике врача и компенсацией хронических заболеваний у пациентов представляется интересной для исследования.

**Цель.** Анализ готовности врачей первично-амбулаторного звена к оказанию помощи пациентам с МС. Задачами, которые авторы ставили перед собой, являлась оценка знаний, умения и готовности применять их в практической деятельности участковых врачей при работе с пациентами с МС.

**Материал и методы.** Объектом изучения являлись врачи участковые терапевты, работающие в поликлиниках города Москвы, проходящие обучение на кафедре терапии № 2 ФПДО МГМСУ в 2011–2013 гг. Проводилось анкетирование на основе имеющихся методов оценки знаний и умения, которые используются в педагогике.

**Заключение.** Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о крайне низкой готовности врачей к оказанию помощи пациентам данной категории.

**Ключевые слова:** метаболический синдром, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, участковые терапевты, послевузовское обучение.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2013; 12 (5): 45-48

Поступила 15/10-2012

Принята к публикации 04/07-2013

### Assessment of motivational and cognitive status of primary care clinicians who treat metabolic syndrome patients

Kirichenko L. L., Ovsyannikov K. V., Fedoseev A. N., Korolev A. P., Budrik O. V.

A. I. Evdokimov Moscow State Medico-Stomatological University. Moscow, Russia

Recently, the clinicians' attention has been driven to metabolic syndrome (MS), due to increasing prevalence and adverse prognosis of MS. The goal of the treatment of any chronic disease is the achievement of adequate therapeutic compliance which, in turn, is determined by motivational status of both clinicians and patients. The associations between clinicians' motivation for long-term treatment, their knowledge levels, and the readiness to apply this knowledge in practice, on one hand, and the achievement of chronic disease compensation in patients, on the other hand, deserve further investigation.

**Aim.** To analyse the readiness of primary care clinicians for the treatment of MS patients. The specific objective was to assess the district therapists' knowledge, skills, and readiness to implement them in clinical practice while treating MS patients.

**Material and methods.** The study included district therapists working at Moscow City polyclinics. In 2011-2013, the participants took continuous medical education courses at the Therapy Department No. 2, Post-diploma Medical Education Faculty, Moscow State Medico-Stomatological University. The doctors' knowledge and skills were assessed in a questionnaire survey.

**Conclusion.** The results obtained demonstrate inadequate readiness of district therapists for the treatment of MS patients.

**Key words:** metabolic syndrome, abdominal obesity, arterial hypertension, district therapists, continuous medical education.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2013; 12 (5): 45-48

### Введение

К факторам риска (ФР), способствующим возникновению метаболического синдрома (МС), относят избыточную массу тела (ИЗМТ) и ожирение (ОЖ), низкую физическую активность (НФА), а также атерогенный характер питания [1]. Во всех современных руководствах по воздействию на отдельные компоненты МС особо подчеркивается, что модификация образа жизни: снижение МТ

и увеличение ФА, являются основным способом коррекции метаболических ФР — модификация образа жизни — терапия первой линии, а медикаментозное лечение рассматривается (если вообще рассматривается), как вторичная мера. В 1998г Национальными институтами сердца, легких, крови и диабета, заболеваний органов пищеварения и почек (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases) была создана группа экспертов

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: (495) 3244586,

e-mail: kvovsn@gmail.com

[Кириченко Л. Л. — д. м. н., проф., заведующая кафедрой терапии № 2 ФПДО, Овсянников К. В.\* — доцент кафедры, Федосеев А. Н. — профессор кафедры внутренних болезней ИПК ФМБА, Королев А. П. — зав. терапевтическим отделением КБ № 85 г. Москвы, Будик О. В. — аспирант кафедры терапии № 2 ФПДО].

для подготовки основанного на доказанном принципе руководства по лечению ИзМТ и Ож. В этом руководстве в качестве критериев ИзМТ и Ож предложены значения индекса МТ (ИМТ) (вес в кг/рост в м<sup>2</sup>) от 25 до 29,9 кг/м<sup>2</sup> и >30 кг/м<sup>2</sup>, соответственно [2]. В качестве критерия абдоминального типа Ож (АО) выбрана окружность талии (ОТ) >102 см у мужчин и >88 см у женщин, т. к. именно эти значения ассоциировались с несколькими компонентами МС. Рекомендации по Ож [2] делают упор на то, что для снижения МТ необходимо использовать изменения поведения (изменения образа жизни), направленные на уменьшение общей калорийности пищи и увеличение ФА. Годы изучения этой проблемы и клинический опыт выявили несколько ключевых моментов относительно тактики снижения веса. Первое, для длительного снижения веса ударные (разрушающие — crash) и экстремальные диеты — диеты с очень низкой калорийностью, богатые жиром/низкоуглеводные диеты, редко оказываются эффективными. Более эффективны и благоприятны для длительного снижения веса диеты с ограничением калорийности рациона на 500–1000 килокалорий в сут. Реально осуществимая цель — снижение МТ на 7–10% за период от 6 до 12 мес. Сохранить сниженный вес на длительный период лучше всего удастся при включении в программу снижения веса регулярных физических упражнений. Изменение поведения должно включать в себя улучшение привычек питания. Следует заранее наметать цели и составлять план приемов пищи, избегать стрессовых ситуаций, провоцирующих переедание, уменьшать размер порций, при покупке пищевых продуктов читать информацию об их составе, представленную на этикетках, избегать мест быстрого питания, питаться регулярно. Важны самоконтроль, поддержка окружающих, интенсивность регулярных физических нагрузок (ФН). Часто очень полезной оказывается помощь специалиста по лечебному питанию [3].

Представляется, что необходимыми компонентами для успешного проведения терапии модификацией жизни являются наличие устойчивой мотивации пациента к проводимой терапии, его образование (обучение основам рационального питания и физических упражнений), комплаенс между ним и его лечащим врачом, который оказывает поддержку мотивации, контроль динамического изменения показателей и коррекцию проводимого лечения. На практике далеко не всегда врачом правильно оценивается приоритетные направления в лечении пациента с МС, основной упор терапии оказывается на отдельные его звенья: нормализацию липидного спектра крови, снижение гипергликемии, достижение целевых значений артериального давления (АД) и пульса, снижение гиперурикемии, лечение ише-

мической болезни сердца (ИБС) и т. д., но не на терапию модификацией образа жизни в подавляющем большинстве случаев. Следовательно, при отсутствии этого важного, центрального, базового компонента эффективность лечения в целом остается низкой.

В ряде проведенных ранее исследований было показано, что практические врачи в стратегии и тактике лечения МС недостаточно четко представляют себе конечные цели терапии МС — максимальное снижение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности, и далеко не всегда последовательно добиваются их.

Возможно, одной из многих причин неправильной стратегии в лечении пациентов с МС является низкая профессиональная компетентность врачей.

Цель работы: комплексная оценка профессиональной компетентности врачей-терапевтов при работе с пациентами, имеющими МС.

## **Материал и методы**

Для оценки уровня профессиональной компетенции врача был использован метод профессиональной готовности к работе, принятый в педагогике, основанный на трех компонентах показателя: мотивационного, когнитивного и операционного [4]. В соответствии с этой методикой уровень каждого изучаемого компонента оценивается в категории: высокий, средний, низкий и крайне низкий. Под мотивационным компонентом понимали интерес и желание врача выполнять необходимые диагностические и терапевтические действия, соответствующие научно обоснованным рекомендациям по МС. Для оценки использован методический подход, разработанный Н. В. Кузьминой (1984) [5]. Под когнитивным компонентом понимали уровень знаний врачей по проблеме МС, который оценивали при помощи разработанной анкеты, состоящей из 15 вопросов. Каждый правильный ответ оценивался в 1 бал. Аналогичный метод был использован [5, 6] при оценке уровня информированности больных артериальной гипертензией (АГ). Под операционным компонентом понимали умение врача на практике использовать научно-обоснованные рекомендации по ведению больных МС. Операционный компонент оценивался методом экспертных оценок по специально разработанному протоколу.

## **Результаты и обсуждение**

Одной из главных причин неэффективной терапии пациентов с МС считается низкая приверженность больных лечению. Возможность в решении этой проблемы определяется аспектами, зависящими от врача. Изучили уровень профессиональной компетенции врачей по проблеме МС у 223 врачей-терапевтов, работающих в 11 поликлиниках г. Москвы, которые были выбраны произвольно, методом случайной выборки. Стаж работы в должности терапевта варьировал от 1 до 38 лет (в среднем 19,8±8,3 лет). Высшую квалификационную катего-

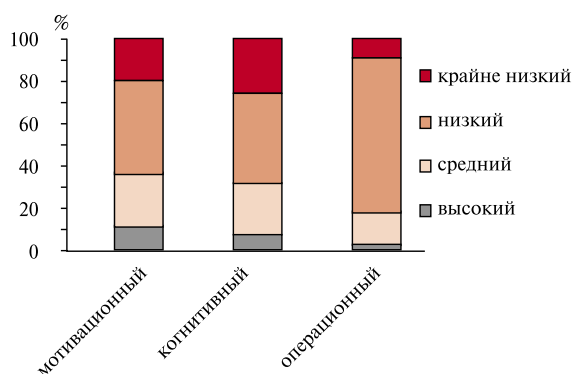


Рис. 1 Уровни компонентов профессиональной готовности врачей.

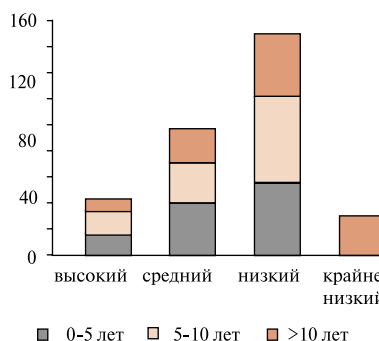


Рис. 2 Уровни мотивационного компонента профессиональной готовности врачей с различным стажем трудовой деятельности.

рию имели 30 (13,8%); первую — 57 (25,6%), вторую — 94 (42%) врачей. Не имели квалификационной категории 45 (20,3%) врачей. Для детальной оценки вышеперечисленных критериев врачи были разделены на группы (гр.) в соответствии со стажем трудовой деятельности по специальности: от 0 до 5 лет ( $n=97$ ), от 5 до 10 лет ( $n=73$ ), >10 лет ( $n=53$ ).

У большинства врачей отмечен низкий и крайне низкий уровни мотивационного, операционного и когнитивного компонентов (рисунок 1). Только 12% врачей имели высокую мотивацию к использованию в своей практической деятельности современных рекомендаций по МС, 7,5% врачей — высокий уровень когнитивного компонента, а высокий уровень операционного компонента отмечался у 2% врачей. При детальном изучении уровня мотивационного компонента профессиональной компетентности врачей-терапевтов в зависимости от стажа трудовой деятельности по специальности получены следующие закономерности. В гр. врачей с длительностью стажа 0–5 лет отмечалась преимущественно средняя и низкая степень (ст.) мотивации, 17% врачей показали высокий уровень этого показателя, 35% — средний и 48% — низкий. В гр. врачей со стажем 5–10 лет ст. мотивации была сравнимой с вышеуказанной гр. врачей: 14% — высокая, 27% — средняя и 59% — низкая ст. мотивационного компонента. У врачей со стажем профессиональной деятельности >10 лет уровень мотивационного компонента был существенно ниже этого показателя у врачей с меньшим врачебным стажем: 5% — высокая ст. мотивации, 23% — средняя ст., 43% — низкая, и, наконец, 29% показали очень низкую ст. мотивации. Отмечается, что, несмотря на существенные различия в целом по гр., уровень врачей со средней степенью мотивации оказался примерно одинаковым среди врачей с разным стажем профессиональной деятельности, изменялось лишь число врачей с высоким и низким уровнями этого показателя (рисунок 2).

Изучая когнитивный компонент профессиональной компетентности врачей-терапевтов, удалось установить различия по гр. в зависимости от стажа трудовой деятельности. В гр. врачей со стажем 0–5 лет высокий уровень когнитивного компонента показали 4%, средний — 15%, низкий — 45%, крайне низкий — 36%. В гр. врачей-терапевтов с продолжительностью трудовой деятельности 5–10 лет получены следующие результаты: 8% показали высокий уровень теоретических знаний по проблеме, 21% — средний, 51% — низкий, и 20% крайне низкий когнитивный уровень компетенции. Наконец, в гр. врачей со стажем >10 лет 7% тестируемых выявили высокий уровень знаний, 19% — средний, 57% — низкий и 17% — крайне низкий уровень когнитивного компонента профессиональной компетентности (рисунок 3).

При оценке операционного компонента в гр. врачей со стажем деятельности >10 лет 4% показали высокий уровень, 14% — средний, 59% — низкий и оставшиеся 23% — очень низкий. Среди врачей со стажем 5–10 лет результаты распределились следующим образом: 2% показали высокий уровень операционного компонента, 12% — средний, 61% — низкий, и 25% — крайне низкий уровень. 1% врачей со стажем <5 лет показали высокий уровень операционного компонента, 11% — средний, 57% — низкий и, 31% из этой гр. врачей — крайне низкий уровень (рисунок 4).

Таким образом, полученный результат, особенно по когнитивному и операционному компонентам, выявил проблему подготовки врачей первичного звена в области профилактики и лечения, как МС, так и в целом ССЗ. Проведенный анализ знаний и готовности участковых терапевтов к работе с пациентами с МС и ССЗ потребовал, как одной из необходимых мер разработать и внедрить систему постдипломной подготовки врачей-терапевтов по проблеме профилактики и лечения МС и ССЗ на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений.

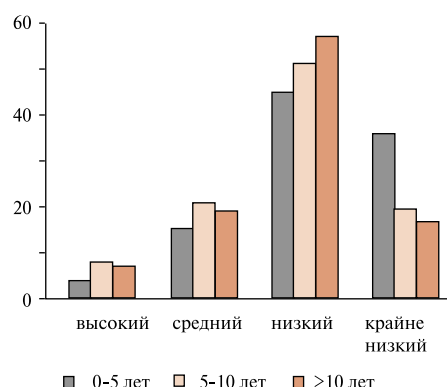


Рис. 3 Уровень когнитивного компонента профессиональной готовности врачей с различным стажем трудовой деятельности.

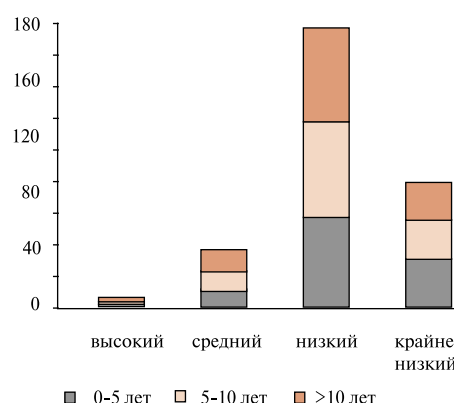


Рис. 4 Уровень операционного компонента профессиональной готовности врачей с различным стажем трудовой деятельности.

## Заключение

Эффективность лечения хронических заболеваний во многом зависит от наличия у врача, ведущего пациента, необходимых теоретических знаний, практических навыков, мотивации к действию (лечению), и возможности применить их в своей деятельности. МС из-за своей распространенности, требует системного решения, при этом упор должен ставиться именно на врачей первичного звена, которые впервые сталкиваются с этими пациентами, и порой являются единственными врачами, ведущими этих больных. Все это во многом зависит от качеств этих специалистов, их подготовки как теоретической, так и практической. При работе с врачами-терапевтами

г. Москвы отмечены низкие показатели профессиональной компетенции, незнание ряда теоретических вопросов, неумение решать клинические задачи, нежелание применять имеющиеся знания на практике при ведении больных с МС. Зачастую это происходит из-за незнания механизмов развития МС, неумения правильно расставить приоритетные задачи лечения таких больных, недооценки немедикаментозных способов лечения, незнания современных основ диетотерапии и многое другое. В то же время именно эти знания и умение, воплощенные в клиническую практику, способны привести к длительной и эффективной компенсации практически всех нарушений при МС.

## Литература

1. Bubnova M. G. Obesity: Causes and mechanisms of increase in body weight, approaches to corrections. Consilium medicum 2005; 07 (5): 11–9. Russian (Бубнова М. Г. Ожирение: причины и механизмы нарастания массы тела, подходы к коррекции. Consilium medicum 2005; 07 (5): 11–9).
2. Report of the American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute/American Diabetes Association Conference on Scientific Issues Related to Management. Circulation 2004; 109: 551–6.
3. Controlling the global obesity epidemic. World Health Organization. 2002; International Obesity Task Force. <http://www.who.int/nut/obs.htm>.
4. Bozhedomova SV. Formation of readiness of students to the use of health-technology professional text.: Dis. Can. ped. Science. Toliatti 2011; 265 p. Russian (Божедомова С. В. Формирование готовности студентов к использованию здоровьесберегающих технологий в профессиональной деятельности. Дисс кан педаг наук. Тольяти 2011. 265 с).
5. Conrady AO, Soboleva AV, Maksimova TA. Education hypertensive patients- a waste of time or a real tool to improve the monitoring of the disease? Hypertension 2003; 8: 217–20. Russian (Конради А. О., Соболева А. В., Максимова Т. А. Обучение больных гипертонической болезнью бессмысленная трата времени или реальный инструмент повышения качества контроля заболевания? Артериальная гипертензия 2003; 8: 217–20).
6. Shutemova EA. Ways to improve the treatment of elderly patients with hypertension in outpatient conditions text.: Dis. dok.med. Science. Ivanovo 2004; 237 p. Russian (Шутимова Е. А. Пути совершенствования лечения пожилых больных артериальной гипертонией в амбулаторно-поликлинических условиях. Дисс докт мед наук. Иваново 2004; 237 с).