

УДК 614.253.5:614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2025-3-803-820

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УПРАВЛЕНИИ ФАКТОРАМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К АМБУЛАТОРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

И.В. Походенько

*ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, г. Киров*

Введение (актуальность). Современная система здравоохранения сталкивается с проблемой недостаточной приверженности пациентов к амбулаторному лечению, особенно при хронических заболеваниях. Невыполнение медицинских рекомендаций ведёт к ухудшению клинических исходов, росту числа осложнений, увеличению повторных госпитализаций и экономической нагрузке на систему здравоохранения. В этих условиях возрастает значимость среднего медицинского персонала как ключевого звена, обеспечивающего непрерывность наблюдения, контроль за выполнением назначений и формирование устойчивой мотивации у пациента.

Цель. Проанализировать факторы, влияющие на приверженность к амбулаторному лечению, и определить роль среднего медицинского персонала в её обеспечении.

Материалы и методы. Проведен анализ научной и методической литературы, отечественных и зарубежных исследований, нормативных документов, касающихся организации амбулаторной помощи, приверженности пациентов и функций среднего медицинского персонала. Использовались методы системного и контент-анализа.

Результаты. Выявлены ключевые факторы, снижающие приверженность: сложности в понимании схем лечения, побочные эффекты, отсутствие симптоматики, низкая мотивация, психологические барьеры, ограниченный доступ к медуслугам. Установлено, что участие среднего медперсонала — в виде обучения пациента, контроля за выполнением рекомендаций, эмоциональной поддержки, дистанционного сопровождения — значительно повышает уровень приверженности и снижает риск рецидивов.

Обсуждение. Средние медицинские работники обладают возможностями и ресурсами для установления доверительных отношений с пациентами, регулярного мониторинга состояния и раннего выявления признаков ухудшения. Их интеграция в мультидисциплинарные команды и применение цифровых инструментов (телемедицина, мобильные приложения) расширяют эффективность амбулаторного наблюдения.

Выводы (заключение).

Повышение приверженности пациентов к амбулаторному лечению возможно при активном участии среднего медицинского персонала, обладающего соответствующими компетенциями, что требует дальнейшего развития образовательных программ и оптимизации их профессиональной роли.

Ключевые слова: приверженность, амбулаторное лечение, средний медицинский персонал, сестринское наблюдение, мультидисциплинарный подход, обзор

THE ROLE OF NURSING STAFF IN MANAGING FACTORS AFFECTING PATIENT ADHERENCE TO OUTPATIENT TREATMENT AFTER HOSPITAL DISCHARGE

I.V. Pokhodenko

Federal State Budget Educational of Higher Education «Kirov State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kirov

Introduction (Relevance). The modern healthcare system is facing the problem of insufficient patient adherence to outpatient treatment, especially in chronic diseases. Failure to follow medical recommendations leads to worsening clinical outcomes, increased complications, higher rates of repeated hospitalizations, and a growing economic burden on the healthcare system. Under these conditions, the role of nursing staff as a key link ensuring continuity of care, monitoring treatment compliance, and forming sustainable patient motivation becomes increasingly important.

Objective. To analyze the factors influencing adherence to outpatient treatment and to determine the role of nursing staff in ensuring it.

Materials and Methods. An analysis was conducted of scientific and methodological literature, domestic and foreign studies, and regulatory documents related to the organization of outpatient care, patient adherence, and the functions of nursing staff. Systematic and content analysis methods were used.

Results. Key factors reducing adherence were identified: difficulty in understanding treatment regimens, side effects, absence of symptoms, low motivation, psychological barriers, and limited access to medical services. It was established that the involvement of nursing staff — through patient education, monitoring treatment compliance, emotional support, and remote follow-up — significantly increases adherence levels and reduces the risk of relapses.

Discussion. Nurses have the capacity and resources to establish trusting relationships with patients, regularly monitor their condition, and detect early signs of deterioration. Their integration into multidisciplinary teams and the use of digital tools (telemedicine, mobile applications) enhance the effectiveness of outpatient care.

Conclusion. Improving patient adherence to outpatient treatment is possible with the active involvement of nursing staff possessing the appropriate competencies, which requires further development of educational programs and optimization of their professional role.

Keywords: adherence, outpatient treatment, nursing staff, nursing supervision, multidisciplinary approach, review

Введение. Приверженность пациента к амбулаторному лечению после выписки из стационара является важнейшим фактором, определяющим успешность терапии, предотвращение осложнений и снижение вероятности повторных госпитализаций. Однако во многих случаях пациенты частично или полностью не соблюдают врачебные назначения, что значительно снижает эффективность лечения и повышает нагрузку на систему здравоохранения [1].

Несоблюдение рекомендаций может быть обусловлено целым рядом факторов: сложностью схемы лечения, побочными эффектами препаратов, недостаточной

информированностью пациента о заболевании, психологическими барьерами, социальными трудностями и ограниченной доступностью медицинской помощи [2], [3]. В связи с этим важную роль в управлении приверженностью к лечению играет средний медицинский персонал, который осуществляет не только контроль за выполнением назначений, но и разъяснительную, мотивационную и организационную поддержку пациента.

Средний медицинский персонал, включая медицинских сестёр и фельдшеров, выполняет функции консультирования, мониторинга состояния пациента, координации взаимодействия с врачами, а также внедрения новых технологий в процесс медицинского наблюдения [4]. В условиях современных подходов к здравоохранению особенно актуальными становятся телемедицинские технологии, мобильные приложения для контроля за приёмом лекарственных средств и мультидисциплинарный подход к сопровождению пациентов [5].

Цель. Понять и проанализировать основные факторы, влияющие на приверженность пациентов к амбулаторному лечению, а также определить роль среднего медицинского персонала в её формировании и поддержании.

Материалы и методы. Для анализа проблемы приверженности лечению был проведён систематизированный обзор научной литературы. Поиск публикаций осуществлялся в международных и отечественных научных базах данных: PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary и Google Scholar. Использовались ключевые слова на русском и английском языках: «приверженность лечению», «compliance», «adherence», «амбулаторные пациенты», «факторы приверженности», «сестринский уход», «роль медсестры», «patient behavior models».

В результате первичного поиска было выявлено 126 публикаций за период с 2000 по 2024 год. После исключения дублирующихся, нерелевантных и не соответствующих тематике работ, а также статей без доступа к полному тексту, в окончательный анализ были включены 32 источника. Отбор проводился с учётом актуальности, научной значимости и наличия описания теоретических моделей и факторов приверженности, особенно в условиях амбулаторного лечения и участия среднего медицинского персонала.

Результаты и обсуждение. Теоретические основы приверженности пациентов к амбулаторному лечению.

Приверженность пациента к лечению (compliance, adherence) определяется как степень соответствия его поведения врачебным рекомендациям, включая регулярность приёма лекарств, выполнение назначенных процедур, изменение образа жизни и своевременные

визиты к врачу [6]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), уровень приверженности пациентов к терапии хронических заболеваний в среднем не превышает 50%, что является одной из ключевых проблем современного здравоохранения [7].

Недостаточная ее степень ведёт к снижению эффективности терапии, увеличению частоты осложнений и роста уровня госпитализаций. Например, у пациентов с артериальной гипертензией отказ от антигипертензивной терапии повышает риск инсульта и инфаркта миокарда, а у больных сахарным диабетом нерегулярный контроль уровня глюкозы способствует развитию макро и микрососудистых осложнений. Таким образом, обеспечение высокой приверженности пациентов к лечению является стратегически важной задачей медицинской системы.

Комплаенс складывается из нескольких компонентов: когнитивный (осознание пациентом необходимости терапии и его информированность о заболевании), поведенческий (способность пациента соблюдать предписанные рекомендации) и эмоциональный (уровень мотивации, тревожность и психологические барьеры [8], влияющие на соблюдение терапии).

Средний медицинский персонал, находясь в постоянном контакте с пациентами, играет ключевую роль в формировании приверженности к лечению на всех этих уровнях.

В научной литературе представлено несколько моделей, объясняющих факторы, влияющие на поведение пациента в отношении лечения:

Модель убеждений о здоровье (Health Belief Model, НВМ) предполагает, что пациент будет придерживаться терапии, если он осознаёт серьёзность своего заболевания и угрозу осложнений, знает о пользе лечения и готов к возможным барьерам (например, стоимость препаратов или побочные эффекты). Согласно этой модели средний медицинский персонал может воздействовать на этот процесс путём предоставления разъяснительной информации, снятия тревожности и повышения мотивации пациента [9,10,11]

Модель сознательного поведения (Theory of Planned Behavior, ТРВ) подчёркивает, что соблюдение лечения зависит от субъективных норм (одобрения со стороны окружающих), личных установок и восприятия собственных возможностей следовать рекомендациям [12, 13, 14].

Модель самоэффективности (Self-efficacy Theory) утверждает, что пациент с большей вероятностью будет следовать терапии, если он уверен в своих силах и получает поддержку со стороны медицинского персонала и родственников [15, 16, 17].

Факторы, влияющие на приверженность пациентов к амбулаторному лечению.

Приверженность пациента к амбулаторному лечению представляет собой сложный и многогранный процесс, зависящий от множества факторов, включая медицинские, психосоциальные и организационные аспекты. Недостаточное соблюдение врачебных рекомендаций остаётся одной из наиболее значимых проблем здравоохранения, поскольку оно увеличивает риск рецидивов заболеваний, осложнений и повторных госпитализаций. В связи с этим средний медицинский персонал играет важную роль в выявлении и преодолении барьеров, препятствующих полноценному амбулаторному наблюдению и лечению.

Медицинские факторы. Медицинские аспекты во многом определяют возможность пациента придерживаться назначенного лечения. Одним из наиболее значимых факторов является сложность схемы терапии. Полипрагмазия, характерная для пациентов с коморбидной патологией, может привести к затруднениям в соблюдении режима приёма лекарственных средств, особенно среди лиц пожилого возраста, страдающих когнитивными нарушениями [18].

Дополнительной проблемой является наличие побочных эффектов лекарственных препаратов, которые могут снижать готовность пациента к продолжению лечения. Например, антигипертензивные препараты могут вызывать ортостатическую гипотензию, головокружение или общую слабость, что зачастую приводит к самостоятельной отмене терапии. В данном контексте важной задачей среднего медицинского персонала становится не только мониторинг состояния пациента, но и своевременное разъяснение характера возможных побочных эффектов, способов их коррекции и важности продолжения лечения под наблюдением специалиста.

Коморбидные состояния также оказывают влияние на приверженность к лечению. Наличие нескольких хронических заболеваний требует комплексного подхода и чёткого соблюдения множества рекомендаций, что может стать проблемой для пациента. В данном случае на передний план выходит индивидуализированный подход со стороны медицинского персонала, предполагающий адаптацию схемы лечения с учётом потребностей и возможностей пациента [19].

Физическое состояние пациента является ещё одним важным фактором. Лица с ограниченной подвижностью, перенесёнными инсультами, нейродегенеративными заболеваниями или другими патологиями, затрудняющими самостоятельный уход за собой, требуют дополнительной поддержки со стороны среднего медицинского персонала и родственников [20].

Психосоциальные факторы. Психологические и социальные аспекты играют значимую роль в формировании приверженности пациента к лечению. Одним из ключевых факторов является уровень мотивации. Осознание пациентом важности терапии, её долгосрочных последствий и потенциальных осложнений заболевания прямо влияет на степень соблюдения врачебных рекомендаций. Недостаточная информированность о заболевании, его течении и возможных рисках часто приводит к низкому уровню приверженности, особенно у пациентов с хроническими патологиями [21].

Медицинская грамотность пациента также является важной составляющей. Лица с низким уровнем образования или недостаточным пониманием механизмов действия лекарственных препаратов могут допускать ошибки при их приёме, самовольно изменять дозировки или вовсе отказываться от лечения. В этой связи средний медицинский персонал должен адаптировать информацию о заболевании и методах лечения к уровню восприятия пациента, используя простые и доступные объяснения, визуальные материалы, памятки и цифровые технологии [22].

Социальная поддержка со стороны семьи и близкого окружения также играет ключевую роль в приверженности пациента к лечению. Родственники могут как способствовать соблюдению медицинских назначений, так и препятствовать им, например, в случаях, когда в семье распространены недоверие к официальной медицине или убеждения, связанные с отказом от лекарственной терапии. В подобных ситуациях медицинские работники должны проводить разъяснительную работу не только с пациентом, но и с его ближайшим окружением, подчёркивая значимость лечения и возможные риски отказа от него [23].

Психологическое состояние пациента также может существенно влиять на его поведение в отношении лечения. Депрессия, тревожные расстройства, посттравматический стресс, связанный с тяжёлым заболеванием или перенесённым хирургическим вмешательством, могут приводить к апатии, снижению мотивации и отказу от соблюдения врачебных рекомендаций [24]. В таких случаях важна междисциплинарная работа с привлечением специалистов в области психологии и психиатрии, а также активное участие медицинских сестёр в оказании психологической поддержки пациентам.

Организационные факторы. Организация системы амбулаторного наблюдения играет решающую роль в формировании приверженности пациентов к лечению. Одним из главных барьеров является доступность медицинской помощи. Дефицит специалистов, длительное ожидание консультаций, территориальная удалённость медицинских учреждений могут

становиться препятствиями для своевременного наблюдения пациента. В этом контексте важное значение приобретает внедрение телемедицины, дистанционного мониторинга и использования цифровых технологий для контроля за состоянием пациента [25, 26].

Финансовые затраты на лечение также могут стать значимым ограничивающим фактором. Стоимость лекарственных препаратов, особенно в случае необходимости длительной терапии, может превышать финансовые возможности пациента, что приводит к пропускам приёма препаратов или замене их на менее эффективные аналоги [27]. В таких ситуациях средний медицинский персонал может оказывать помощь пациентам в поиске доступных схем лечения, консультировании по возможностям льготного лекарственного обеспечения и программам поддержки.

Недостаточный контроль со стороны медицинского персонала также негативно влияет на уровень приверженности. Пациенты, не получающие регулярной обратной связи от медицинских работников, могут воспринимать амбулаторное наблюдение как менее значимое, особенно при отсутствии видимых симптомов заболевания. Регулярные контакты со средним медицинским персоналом, напоминания о необходимости визитов к врачу и приёме лекарств, а также ведение индивидуальных дневников наблюдений могут существенно повысить уровень соблюдения рекомендаций.

Индивидуальные особенности пациента. Помимо вышеуказанных факторов, приверженность к лечению во многом зависит от личностных характеристик пациента, его возраста, социального статуса, образа жизни и уровня доверия к медицинским работникам. Молодые пациенты, как правило, менее склонны к регулярному приёму лекарств, в то время как пожилые люди, напротив, могут испытывать трудности с самостоятельным выполнением врачебных назначений.

Индивидуальные особенности восприятия болезни, а также культурные и религиозные убеждения также оказывают влияние на соблюдение рекомендаций. В ряде случаев пациенты могут отдавать предпочтение альтернативным методам лечения, игнорируя назначения врача. В таких ситуациях особенно важна разъяснительная работа со стороны среднего медицинского персонала, направленная на формирование рационального подхода к терапии [28].

Роль среднего медицинского персонала в обеспечении приверженности пациентов к лечению.

Средний медицинский персонал играет ключевую роль в обеспечении соблюдения врачебных назначений, выполняя функции контроля, консультирования, мотивационной и

психологической поддержки. В современных условиях значимость этой работы возрастает, что требует развития новых стратегий медицинского сопровождения, внедрения цифровых технологий и совершенствования образовательных программ для медицинских работников.

Образовательная работа с пациентами и их семьями.

Одним из наиболее значимых аспектов влияния среднего медицинского персонала на уровень приверженности пациентов является разъяснительная работа [29]. Недостаточная медицинская грамотность пациента, сложность схем лечения и отсутствие понимания долгосрочных последствий несоблюдения врачебных рекомендаций зачастую становятся главными причинами отказа от терапии.

Медицинские сёстры и фельдшеры играют важную роль в ликвидации этих барьеров, проводя индивидуальные и групповые консультации, направленные на информирование пациентов и их родственников. В ходе таких консультаций разъясняются механизм действия лекарственных препаратов, важность соблюдения режима терапии, возможные побочные эффекты и способы их коррекции, методы самоконтроля состояния пациента и принципы здорового образа жизни, включая рекомендации по питанию, физической активности и отказу от вредных привычек.

Особенно важна образовательная работа с семьями пациентов, поскольку именно родственники могут оказывать дополнительную поддержку в соблюдении назначений или, напротив, препятствовать лечению, если не обладают достаточной информированностью о заболевании и его последствиях.

Контроль за соблюдением назначений и мониторинг состояния пациентов.

Средний медицинский персонал участвует в систематическом контроле за соблюдением врачебных рекомендаций. В ходе амбулаторного наблюдения медицинские сёстры проводят регулярные телефонные консультации с пациентами, организуют выездные патронажи, особенно для пациентов с ограниченной мобильностью, напоминают о приёме препаратов, необходимости посещения врача и сдачи анализов, ведут мониторинг состояния пациента с целью раннего выявления осложнений [30].

Внедрение систем самоконтроля и удалённого наблюдения существенно упрощает задачу контроля за состоянием пациентов. Использование мобильных приложений для ведения дневников здоровья, умных устройств (например, тонометров с возможностью передачи данных врачу) и телемедицинских платформ позволяет оперативно отслеживать динамику состояния пациента и своевременно корректировать лечение.

Психологическая поддержка пациентов.

Эмоциональное состояние пациента играет ключевую роль в его приверженности к лечению. Страх перед возможными осложнениями, тревожность, депрессия и низкий уровень мотивации могут приводить к отказу от терапии или несоблюдению врачебных рекомендаций. В этой связи средний медицинский персонал выполняет важную роль в психологической поддержке пациентов, помогая им адаптироваться к новой реальности после стационарного лечения.

Основные методы психологической поддержки включают мотивационные беседы, направленные на формирование осознания важности лечения, помощь в преодолении страха перед медицинскими процедурами, работа с сомнениями и мифами, связанными с терапией, обучение методам саморегуляции, снижающим уровень тревожности [31].

Особое значение эта работа приобретает в отношении пациентов с хроническими заболеваниями, которые требуют длительного лечения. Вовлечение пациентов в процесс лечения путём объяснения механизмов действия лекарств, прогнозов при соблюдении терапии и возможных осложнений при её отмене повышает уровень ответственности и осознания важности медицинских назначений [32].

Перспективы совершенствования роли среднего медицинского персонала в повышении приверженности пациентов к амбулаторному лечению.

Для повышения эффективности работы среднего медицинского персонала в области управления приверженностью пациентов необходимо обновление и расширение образовательных программ в медицинских колледжах и вузах, а также внедрение системы непрерывного профессионального развития [32-34].

Ключевые направления совершенствования подготовки включают:

Углублённое изучение методов коммуникации с пациентами, включая техники мотивационного консультирования и когнитивно-поведенческой терапии, которые позволяют более эффективно работать с пациентами, имеющими низкий уровень приверженности.

Обучение навыкам цифровой медицины – использование мобильных приложений, электронных систем мониторинга пациентов и телемедицинских платформ требует от среднего медицинского персонала новых компетенций.

Расширение знаний о клинической фармакологии, что позволит медицинским сёстрам и фельдшерам лучше разъяснять пациентам механизм действия лекарственных препаратов, возможные побочные эффекты и необходимость их длительного применения.

Интеграция этих направлений в образовательные программы позволит подготовить специалистов, обладающих не только базовыми медицинскими знаниями, но и компетенциями в области психологии, цифровых технологий и фармакотерапии.

Одним из перспективных направлений повышения приверженности пациентов является использование современных технологий для дистанционного мониторинга их состояния и выполнения врачебных назначений. Средний медицинский персонал может активно участвовать в реализации таких инициатив, как разработка и использование мобильных приложений для напоминаний о приёме лекарств, записи на приём к врачу и контроля за жизненно важными показателями; применение телемедицинских технологий, позволяющих проводить дистанционные консультации, контролировать параметры здоровья и оперативно реагировать на отклонения от нормы; использование носимых медицинских устройств (например, умных тонометров, глюкометров, пульсоксиметров), передающих данные медицинскому персоналу и пациенту в режиме реального времени.

Адаптация этих технологий в клиническую практику требует активного участия среднего медицинского персонала, который должен не только обучаться их использованию, но и объяснять пациентам принципы работы цифровых инструментов и помогать им в их освоении.

Также необходимо отметить, что эффективное управление приверженностью к лечению требует скоординированной работы всего медицинского коллектива. Средний медицинский персонал выступает связующим звеном между пациентом и врачом, обеспечивая передачу актуальной информации о состоянии здоровья, выполнении назначений и возможных проблемах в терапии.

Мультидисциплинарный подход, включающий взаимодействие врачей, медицинских сестёр, психологов, социальных работников и фармацевтов, позволяет значительно повысить эффективность амбулаторного лечения. Например, привлечение клинических фармакологов может помочь в подборе более удобных схем терапии, а участие социальных служб – в обеспечении пациентов необходимыми лекарственными средствами.

Заключение. Повышение приверженности пациентов к амбулаторному лечению после выписки из стационара является важной задачей, решение которой требует комплексного подхода. Анализ факторов, влияющих на соблюдение врачебных рекомендаций, показывает, что этот процесс зависит не только от медицинских аспектов, но и от психологических, социальных и организационных условий.

Средний медицинский персонал играет ключевую роль в управлении приверженностью пациентов, выполняя функции медицинского просвещения, контроля за выполнением назначений, психологической поддержки и внедрения современных технологий в клиническую практику. Благодаря активному участию медицинских сестёр и фельдшеров удаётся минимизировать риски отказа пациентов от терапии, повысить их осведомлённость о заболевании и способах его лечения, а также снизить вероятность развития осложнений.

Перспективы дальнейшего совершенствования этой деятельности связаны с улучшением образовательных программ для среднего медицинского персонала, внедрением цифровых технологий для мониторинга пациентов, оптимизацией организации их работы и развитием новых форм медицинского сопровождения, таких как патронажные службы и телемедицинские платформы.

Таким образом, комплексный подход, включающий медицинские, образовательные и организационные меры, позволит повысить приверженность пациентов к лечению, снизить уровень повторных госпитализаций и улучшить качество медицинской помощи на амбулаторном этапе. Средний медицинский персонал, обладая необходимыми знаниями и навыками, остаётся важнейшим звеном в системе управления приверженностью пациентов к терапии, что подчёркивает необходимость дальнейшего развития и поддержки этой профессиональной группы в здравоохранении.

Список литературы

1. Постникова П.О., Коваленко П.С., Дыдыкина И.С., Аболёшина А.В., Лиля А.М. Анализ приверженности лечению у больных ревматоидным артритом. Современная ревматология. 2022;16 (4):40–45
2. Койчуев А.А. Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2013;8 (3):65–69
3. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017;16 (1):91–95
4. Джумагазиева О.Д., Кумар А.Б., Кошербаева Л.К., Изекенова А.К., Давлетов К.К. Роль медицинской сестры в управлении хроническими заболеваниями. Наука о жизни и здоровье. 2019;(1):86–92

5. Лагутин М.Д., Самофалов Д.А., Тюфилин Д.С., и др. Тренды в оказании телемедицинских услуг ведущими федеральными центрами Российской Федерации. Социальные аспекты здоровья населения. 2024;70 (2):1. doi:10.21045/2071-5021-2024-70-2-1
6. van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, et al. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC Health Serv Res. 2007;7:55. doi:10.1186/1472-6963-7-55
7. World Health Organization. Failure to take prescribed medicine for chronic diseases is a massive world-wide problem. 2003 Available from: <https://www.who.int/news/item/01-07-2003-failure-to-take-prescribed-medicine-for-chronic-diseases-is-a-massive-world-wide-problem>
8. Походенько И.В., Савиных Е.А. Изучение психосоциальных факторов, влияющих на приверженность пациентов к лечению хронических заболеваний. Менеджер здравоохранения. 2024;(9):130–136. doi:10.21045/1811-0185-2024-9-130-136
9. Muslim SH, Al-Jumaili AA, Al-Ani HA. Delving into the elements impacting treatment acceptance among patients with substance use disorder using health belief model: a qualitative study. BMC Psychol. 2025;13:177
10. Parwati NM, Bakta IM, Januraga PP, Wirawan IMA. A health belief model-based motivational interviewing for medication adherence and treatment success in pulmonary tuberculosis patients. Int J Environ Res Public Health. 2021;18 (24):13238
11. Rahimi M, Niromand E, Ajami E, et al. Beliefs on insulin injection non-adherence among type 2 diabetic patients: assessment based on health belief model. J Arak Univ Med Sci. 2016;19 (2):49–58
12. Hagger MS, Hamilton K. Progress on theory of planned behavior research: advances in research synthesis and agenda for future research. J Behav Med. 2025;48 (1):43–56. doi:10.1007/s10865-024-00545-8
13. Kamyab A, Bijani M, Jormand H, et al. Education based on the theory of planned behavior to improve medication regimen adherence, hope and marital quality in patients with substance use disorder. BMC Public Health. 2024;24 (1):3173. doi:10.1186/s12889-024-20651-1
14. Hamtaeigashti S, Shamsi M, Sahraian MA, et al. Effect of an educational intervention based on the theory of planned behavior on improving medication adherence in patients with multiple sclerosis. BMC Public Health. 2023;23 (1):999. doi:10.1186/s12889-023-15910-6
15. Tan D, Zhong W, Ma L, et al. The association between self-acceptance, emotion regulation, and treatment adherence self-efficacy among adolescents with HIV in China: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2025;25 (1):313. doi:10.1186/s12889-025-21492-2

16. Chen J, Tian Y, Yin M, et al. Relationship between self-efficacy and adherence to self-management and medication among patients with chronic diseases in China. *J Psychosom Res.* 2023;164:111105. doi:10.1016/j.jpsychores.2022.111105
17. Rapoff MA. Adherence theories: review, critique, and clinical implications. In: *Adherence to Pediatric Medical Regimens.* Springer. 2010. doi:10.1007/978-1-4419-0570-3_3
18. Al Shaker HA, Barry HE, Hughes CM. Stakeholders' perspectives about adherence to polypharmacy in older patients – a qualitative study. *Explor Res Clin Soc Pharm.* 2024;15:100479. doi:10.1016/j.rcsop.2024.100479
19. Corsonello A, Pedone C, Garasto S, et al. The impact of comorbidity on medication adherence and therapeutic goals. *BMC Geriatr.* 2010;10 (Suppl 1):L21. doi:10.1186/1471-2318-10-S1-L21
20. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Man Ther.* 2010;15 (3):220–228. doi:10.1016/j.math.2009.12.004
21. Zeber JE, Manias E, Williams AF, et al. Psychosocial and behavioral factors associated with initial medication adherence: a systematic review. *Value Health.* 2013;16 (5):891–900. doi:10.1016/j.jval.2013.04.014
22. Hyvert S, Yailian AL, Haesebaert J, et al. Health literacy and medication adherence in chronic diseases: a recent systematic review. *Int J Clin Pharm.* 2023;45:38–51. doi:10.1007/s11096-022-01470-z
23. Vahedparast H, Mohammadi E, Ahmadi F, Farhadi A. The role of social support in adherence to treatment regimens. *Med Surg Nurs J.* 2017;7 (1):e69646. doi:10.5812/msnj.69646
24. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2000;160 (14):2101–2107. doi:10.1001/archinte.160.14.2101
25. Ma Y, Zhao C, Zhao Y, et al. Telemedicine in chronic disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2022;22:105. doi:10.1186/s12911-022-01845-2
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Telehealth interventions to improve chronic disease. 2024. Available from: <https://www.cdc.gov/cardiovascular-resources/php/data-research/telehealth.html>

27. Health Industry Trends. The financial impact of improved medication adherence on health systems. 2025. Available from: <https://healthindustrytrends.com/the-financial-impact-of-improved-medication-adherence-on-health-systems>
28. California Access. Overcoming patient barriers to chronic disease management. 2022. Available from: <https://caaccess.org/overcoming-patient-barriers-to-chronic-disease-management>
29. Iheduru K. Nursing interventions in chronic disease management: strategies for improved patient outcomes. *Adv Practice Nurs*. 2024;9:380
30. Berardinelli D, Conti A, Hasnaoui A, et al. Nurse-led interventions for improving medication adherence in chronic diseases: a systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(23):2337. doi:10.3390/healthcare12232337
31. Improve Medical. The role of nurses in chronic disease management: strategies and collaboration. 2025. Available from: <https://www.improve-medical.net/resources-20/The-Role-of-Nurses-in-Chronic-Disease-Management%3A-Strategies-and-Collaboration>
32. Латышова А.А., Люцко В.В., Несветайло Н.Я. Определение потребности в среднем медицинском персонале для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях на основе нормативного метода. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022; 1: 592-604.
33. Меньшикова Л.И., Шикина И.Б., Захарченко О.О., Терентьева Д.С. Решенные и нерешенные проблемы определения оптимального состава и соотношения медицинского, немедицинского, прочего персонала в медицинских организациях. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022; 5: 660-683; DOI 10.24412/2312-2935-2022-5-660-683
34. Smits C, van Dongen JJJ, Tielen M, Beurskens A. How do nurses support chronically ill clients' participation and self-management in primary care. *BMC Prim Care*. 2022;23 (1):79 doi:10.1186/s12875-022-01687-x

References

1. Postnikova P.O., Kovalenko P.S., Dydykina I.S., Abolyoshina A.V., Lila A.M. Analiz priverzhennosti lecheniyu u bol'nykh revmatoidnym artritom [Analysis of treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis]. *Sovremennaya revmatologiya [Modern Rheumatology]*. 2022;16(4):40–45 (In Russian)

2. Koichuev A.A. Privyazannost' v lechenii: metodiki otsenki, tekhnologii korrektsii nedostatochnoy privyazannosti terapii [Adherence in treatment: assessment methods, technologies for correcting insufficient therapy adherence]. Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza [Medical Bulletin of the North Caucasus]. 2013;8 (3):65–69 (In Russian)
3. Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.Yu. Priverzhennost' lecheniyu: sovremennyy vzglyad na znakomuyu problemu [Treatment adherence: a modern view on a familiar problem]. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2017;16 (1):91–95 (In Russian)
4. Dzhumagazieva O.D., Kumar A.B., Kosherbaeva L.K., Izenkova A.K., Davletov K.K. Rol' meditsinskoy sestry v upravlenii khronicheskimi zabolevaniyami [The role of the nurse in managing chronic diseases]. Nauka o zhizni i zdorov'e [Life and Health Science]. 2019;(1):86–92 (In Russian)
5. Lagutin M.D., Samofalov D.A., Tyufilin D.S., Chigrina V.P., Kil'nik A.I., Kobyakova O.S. Trendy v okazanii telemeditsinskikh uslug vedushchimi federal'nymi tsentrami Rossiyskoy Federatsii [Trends in the provision of telemedicine services by leading federal centers of the Russian Federation]. Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social Aspects of Population Health]. 2024;70 (2):1. Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1581/27/lang,ru/>. doi:10.21045/2071-5021-2024-70-2-1 (In Russian)
6. van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, et al. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC Health Serv Res. 2007;7:55 doi:10.1186/1472-6963-7-55
7. World Health Organization. Failure to take prescribed medicine for chronic diseases is a massive world-wide problem. 2003. Available from: <https://www.who.int/news/item/01-07-2003-failure-to-take-prescribed-medicine-for-chronic-diseases-is-a-massive-world-wide-problem>
8. Pohodenko I.V., Savinykh E.A. Izuchenie psikhosotsial'nykh faktorov, vliyayushchikh na priverzhennost' patsientov k lecheniyu khronicheskikh zabolevaniy [Study of psychosocial factors influencing patient adherence to chronic disease treatment]. Menedzher zdravookhraneniya [Healthcare Manager]. 2024;(9):130–136. doi:10.21045/1811-0185-2024-9-130-136 (In Russian)
9. Muslim SH, Al-Jumaili AA, Al-Ani HA. Delving into the elements impacting treatment acceptance among patients with substance use disorder using health belief model: a qualitative study. BMC Psychol. 2025;13:177

10. Parwati NM, Bakta IM, Januraga PP, Wirawan IMA. A health belief model-based motivational interviewing for medication adherence and treatment success in pulmonary tuberculosis patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18 (24):13238
11. Rahimi M, Niromand E, Ajami E, et al. Beliefs on insulin injection non-adherence among type 2 diabetic patients: assessment based on health belief model. *J Arak Univ Med Sci*. 2016;19 (2):49–58
12. Hagger MS, Hamilton K. Progress on theory of planned behavior research: advances in research synthesis and agenda for future research. *J Behav Med*. 2025;48 (1):43–56. doi:10.1007/s10865-024-00545-8
13. Kamyab A, Bijani M, Jormand H, et al. Education based on the theory of planned behavior to improve medication regimen adherence, hope and marital quality in patients with substance use disorder. *BMC Public Health*. 2024;24 (1):3173. doi:10.1186/s12889-024-20651-1
14. Hamtaeigashti S, Shamsi M, Sahraian MA, et al. Effect of an educational intervention based on the theory of planned behavior on improving medication adherence in patients with multiple sclerosis. *BMC Public Health*. 2023;23 (1):999. doi:10.1186/s12889-023-15910-6
15. Tan D, Zhong W, Ma L, et al. The association between self-acceptance, emotion regulation, and treatment adherence self-efficacy among adolescents with HIV in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2025;25 (1):313. doi:10.1186/s12889-025-21492-2
16. Chen J, Tian Y, Yin M, et al. Relationship between self-efficacy and adherence to self-management and medication among patients with chronic diseases in China. *J Psychosom Res*. 2023;164:111105. doi:10.1016/j.jpsychores.2022.111105
17. Rapoff MA. Adherence theories: review, critique, and clinical implications. In: *Adherence to Pediatric Medical Regimens*. Springer. 2010. doi:10.1007/978-1-4419-0570-3_3
18. Al Shaker HA, Barry HE, Hughes CM. Stakeholders' perspectives about adherence to polypharmacy in older patients – a qualitative study. *Explor Res Clin Soc Pharm*. 2024;15:100479. doi:10.1016/j.rcsop.2024.100479
19. Corsonello A, Pedone C, Garasto S, et al. The impact of comorbidity on medication adherence and therapeutic goals. *BMC Geriatr*. 2010;10 (Suppl 1):L21. doi:10.1186/1471-2318-10-S1-L21
20. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Man Ther*. 2010;15 (3):220–228. doi:10.1016/j.math.2009.12.004

21. Zeber JE, Manias E, Williams AF, et al. Psychosocial and behavioral factors associated with initial medication adherence: a systematic review. *Value Health*. 2013;16 (5):891–900. doi:10.1016/j.jval.2013.04.014
22. Hyvert S, Yailian AL, Haesebaert J, et al. Health literacy and medication adherence in chronic diseases: a recent systematic review. *Int J Clin Pharm*. 2023;45:38–51. doi:10.1007/s11096-022-01470-z
23. Vahedparast H, Mohammadi E, Ahmadi F, Farhadi A. The role of social support in adherence to treatment regimens. *Med Surg Nurs J*. 2017;7 (1):e69646. doi:10.5812/msnj.69646
24. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2000;160 (14):2101–2107. doi:10.1001/archinte.160.14.2101
25. Ma Y, Zhao C, Zhao Y, et al. Telemedicine in chronic disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2022;22:105. doi:10.1186/s12911-022-01845-2
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Telehealth interventions to improve chronic disease. 2024. Available from: <https://www.cdc.gov/cardiovascular-resources/php/data-research/telehealth.html>
27. Health Industry Trends. The financial impact of improved medication adherence on health systems. 2025. Available from: <https://healthindustrytrends.com/the-financial-impact-of-improved-medication-adherence-on-health-systems>
28. California Access. Overcoming patient barriers to chronic disease management. 2022. Available from: <https://caaccess.org/overcoming-patient-barriers-to-chronic-disease-management>
29. Iheduru K. Nursing interventions in chronic disease management: strategies for improved patient outcomes. *Adv Practice Nurs*. 2024;9:380
30. Berardinelli D, Conti A, Hasnaoui A, et al. Nurse-led interventions for improving medication adherence in chronic diseases: a systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12 (23):2337. doi:10.3390/healthcare12232337
31. Improve Medical. The role of nurses in chronic disease management: strategies and collaboration. 2025. Available from: <https://www.improve-medical.net/resources-20/The-Role-of-Nurses-in-Chronic-Disease-Management%3A-Strategies-and-Collaboration>
32. Latyshova AA, Lyutsko VV, Nesvetailo N.Ya. Opredelenie potrebnosti v srednem medicinskom personale dlya okazaniya medicinskoj pomoshchi v ambulatornyh usloviyah na osnove normativnogo metoda. [Determining the need for average medical personnel for outpatient care based

on the normative method]. *Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki*. [Current health and medical statistics issues]. 2022; 1: 592-604. (In Russian)

33. Menshikova L.I., Shikina I.B., Zakharenko O.O., Terentyeva D.S. Reshennye i nereshennye problemy opredeleniya optimal'nogo sostava i sootnosheniya medicinskogo, nemedicinskogo, prochego personala v medicinskih organizatsiyah. [Solved and Unsolved Problems of Determining the Optimal Composition and Ratio of Medical, Non-Medical, and Other Personnel in Medical Organizations]. *Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki*. [Modern Problems of Healthcare and Medical Statistics]. 2022; 5: 660-683; DOI 10.24412/2312-2935-2022-5-660-683

34. Smits C, van Dongen JJJ, Tielen M, Beurskens A. How do nurses support chronically ill clients' participation and self-management in primary care. *BMC Prim Care*. 2022;23 (1):79 doi:10.1186/s12875-022-01687-x

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Походенько Ирина Викторовна – доктор медицинских наук, профессор кафедры сестринского дела, ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 610027, Россия, Кировская область, город Киров, улица К. Маркса, 112; e-mail: statkbb7iv@mail.ru, ORCID 0000-0001-5281-9155

About the authors

Irina Viktorovna Pokhodenko – Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Nursing, FSBEI of HE "Kirov State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 610027, Russia, Kirov Region, Kirov, K. Marks Street, 112; e-mail: statkbb7iv@mail.ru, ORCID: 0000-0001-5281-9155

Статья получена: 06.06.2025 г.

Принята к публикации: 25.09.2025 г.