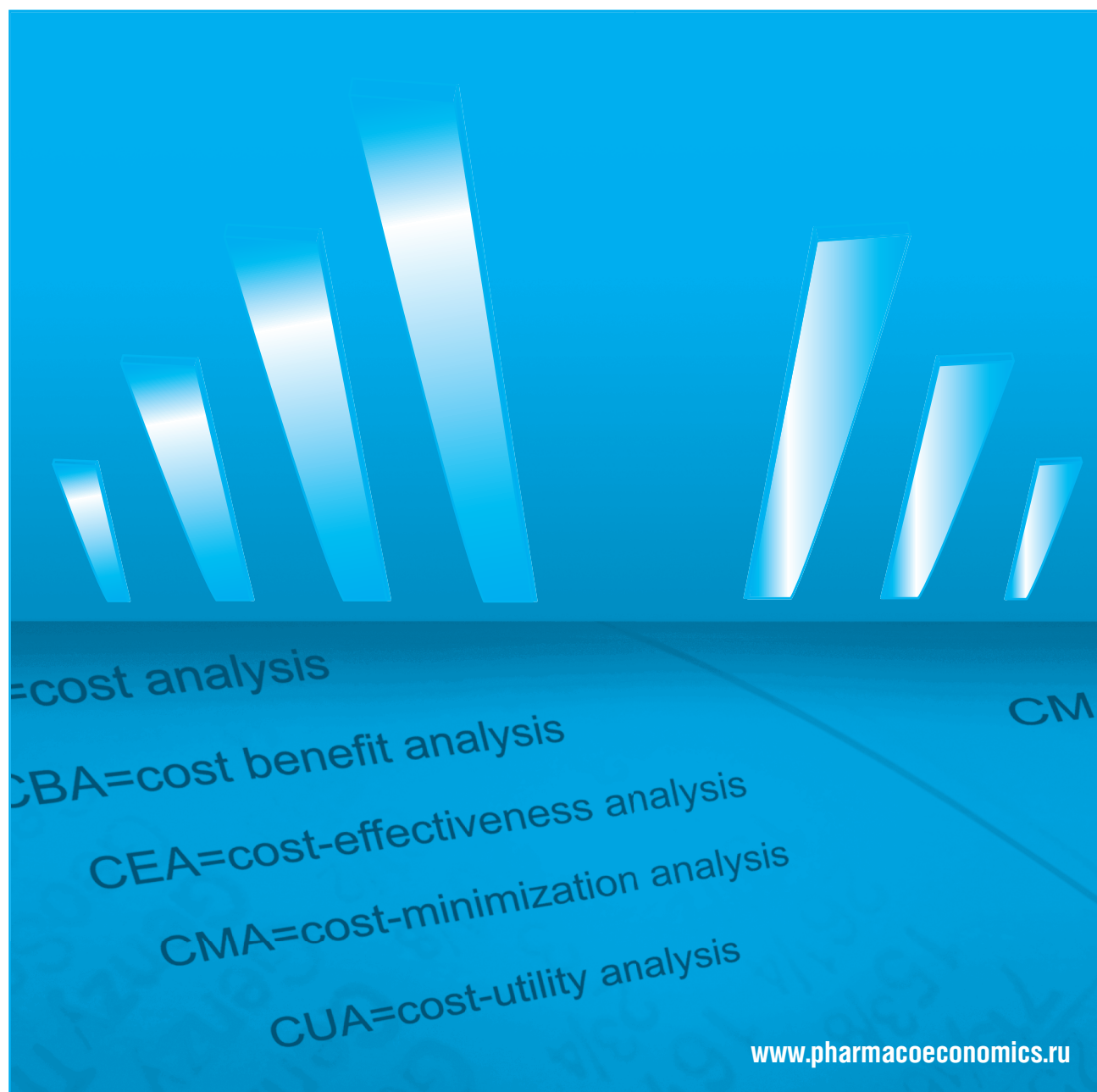


Фармакоэкономика

Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



FARMAKOEKONOMIKA

Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

2022 Vol. 15 No. 2

№2

Том 15

2022



<https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.125>

ISSN 2070-4909 (print)

ISSN 2070-4933 (online)

Опыт реализации ценностно-ориентированного подхода в онкодерматологической практике

Зуенкова Ю.А.¹, Кича Д.И.¹, Изюров Л.Н.²

¹ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» (ул. Миклухо-Маклая, д. 6, Москва 117198, Россия)

² Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной онкологический диспансер» (ул. Соболева, д. 29, Екатеринбург 620036, Россия)

Для контактов: Зуенкова Юлия Александровна, e-mail: zuenkova@bk.ru

РЕЗЮМЕ

Цель: реализация ценностно-ориентированных принципов и развитие приверженности к лечению у пациентов с немеланомным раком кожи.

Материал и методы. В наблюдательное несравнительное проспективное продолжительное одноцентровое исследование, посвященное изучению качества жизни и опыта пациента, включены 42 больных в возрасте от 42 до 82 лет. Использованы валидизированные опросники: Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) как средство поддержки принятия решения, Patient-Reported Experience Measures (PREMs) спустя 3 мес после лечения для оценки опыта пациента.

Результаты. Средний показатель обеспокоенности внешним видом (по психометрической модели Раша) составил 43,5 балла. Более молодые больные ($r=-0,398$, $p=0,009$) и пациентки женского пола ($r=-0,475$, $p=0,001$) более обеспокоены внешним видом. В 10 наблюдениях (24%) вовлеченность оценена в 4 балла, в 18 (43%) – в 3 балла, в 14 (33%) – в 2 балла. Более пожилые пациенты в меньшей степени вовлекались в выбор метода лечения ($r=-0,633$, $p<0,001$). Уровень удовлетворенности коммуникациями составлял более 50 баллов. Использование пациентоориентированного алгоритма коммуникации положительно влияет на опыт пациента.

Заключение. Руководителям онкологических служб рекомендуется на регулярной основе оценивать опыт пациентов, создавать условия для возможности выбора больными методов лечения и для учета их индивидуальных потребностей, анализировать исходы посредством внедрения валидизированных опросников по соответствующему нозологическому профилю и учитывать эти результаты в лечении. Необходимо дальнейшее изучение степени влияния различных факторов на выбор пациентом метода лечения. Также следует провести исследования в других группах больных немеланомным раком кожи (расположенным в других частях тела, размером более 2 см).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Качество медицинской помощи, ценностно-ориентированное здравоохранение, пациентоориентированность, модель коммуникаций, опыт пациента, оценка качества жизни, ценности пациента.

Статья поступила: 16.01.2022 г.; в доработанном виде: 30.03.2022 г.; принята к печати: 10.06.2022 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия конфликта интересов в отношении данной публикации.

Вклад авторов

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Зуенкова Ю.А., Кича Д.И., Изюров Л.Н. Опыт реализации ценностно-ориентированного подхода в онкодерматологической практике. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2022; 15 (2): 250–258. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.125>.

Experience of implementing a value-based approach in oncodermatology

Zuenkova Yu.A.¹, Kicha D.I.¹, Izurov L.N.²

¹ Peoples' Friendship University of Russia (6 Miklukho-Maklay Str., Moscow 117198, Russia)

² Sverdlovsk Regional Oncological Dispensary (29 Sobolev Str., Ekaterinburg 620036, Russia)

Corresponding author: Yulia A. Zuenkova, e-mail: zuenkova@bk.ru

SUMMARY

Objective: implementation of value-based approach and development of adherence to treatment in patients with non-melanoma cancer.

Material and methods. The observational, single-arm, prospective, long-term single-center study of the quality of life and patients' experience was performed. It included 42 patients aged from 42 to 82 years. Validated questionnaires were used: Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) (as a decision support tool), Patient-Reported Experience Measures (PREMs) (3 months after treatment to assess the patient's experience).

Results. Mean concern about appearance was 43.5 points (Rasch psychometric model). Younger patients ($r=-0.398$, $p=0.009$) and female patients ($r=-0.475$, $p=0.001$) were more concerned about appearance. In 10 cases (24%), the involvement was estimated as 4 points, in 18 cases (43%), it was 3 points, in 14 cases (33%), it was 2 points. Older patients were less involved in the choice of treatment method ($r=-0.633$, $p<0.001$). The level of satisfaction with communications was more than 50 points. The use of a patient-oriented algorithm of communication has a positive effect on a patient's experience.

Conclusion. The heads of oncological care are recommended to evaluate the patient's experience on a regular basis, create conditions for patients to choose treatment methods according to their individual needs, analyze the outcomes obtained by the introduction of validated questionnaires on the appropriate nosological profile and take these results into account in treatment. Further studies of the degree of influence of different factors on a patient's choice of treatment method are needed, as well as conducting studies among other groups of patients with non-melanoma skin cancer (located in other parts of the body, larger than 2 cm).

KEYWORDS

Quality of medical care, value-based health care, patient orientation, communication model, patient's experience, patient's values.

Received: 16.01.2022; **in the revised form:** 30.03.2022; **accepted:** 10.06.2022

Conflict of interests

The authors declare they have nothing to disclose regarding the conflict of interests with respect to this manuscript.

Authors' contribution

The authors contributed equally to this article.

For citation

Zuenkova Yu.A., Kicha D.I., Izyurov L.N. Experience of implementing a value-based approach in oncodermatology. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2022; 15 (2): 250–258 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.125>.

Основные моменты

Что уже известно об этой теме?

- ▶ Основной тренд современного здравоохранения – внедрение ценностно-ориентированных принципов работы, которые реализуются, в частности, посредством предоставления пациенту максимально возможного числа вариантов подходящего ему лечения, вовлечения больного в совместный выбор метода терапии, учета его индивидуальных ценностей и потребностей, а также оценки опыта пациента
- ▶ Реализация совместного принятия решения у пациентов с немеланомным раком кожи в российской практике не описана, так же как и факторы, влияющие на выбор такими больными метода лечения

Что нового дает статья?

- ▶ Представлен первый российский опыт комплексного внедрения ценностно-ориентированных принципов в онкодерматологию
- ▶ Впервые в российской практике изучено влияние совместного принятия решения на опыт пациента с немеланомным раком кожи
- ▶ Получены важные результаты по социодемографическим характеристикам пациентов с немеланомным раком кожи, позволяющие спрогнозировать их индивидуальные предпочтения в ситуациях, когда больной не имеет желания или возможности участвовать в совместном принятии решения о лечении

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- ▶ Полученная корреляция между полом, возрастом пациента и уровнем его обеспокоенности своим внешним видом может учитываться врачом при назначении лечения в случаях, когда больной не хочет или не в состоянии участвовать в выборе лечения
- ▶ Знание о степени вовлеченности пациентов в совместное принятие решения о лечении позволяют врачу адаптировать коммуникационные алгоритмы, добиваясь приверженности больных к лечению

Highlights

What is already known about the subject?

- ▶ Value-based approach is the key trend in modern health care, which is realized, in particular, by providing a patient with the maximum possible options for appropriate treatment, involving him in the shared choice of a therapy method, taking into account his individual values and needs, as well as assessing the patient's experience
- ▶ The implementation of shared decision making in patients with non-melanoma skin cancer has not been described in Russian practice yet, as well as the factors influencing their choice of treatment method

What are the new findings?

- ▶ The first Russian experience of integrated implementation of value-oriented principles in oncodermatology is presented
- ▶ For the first time in Russian practice, the influence of shared decision making on the experience of a patient with non-melanoma skin cancer was studied
- ▶ Important results were obtained on the socio-demographic characteristics of patients with non-melanoma skin cancer, which allow predicting their individual preferences in situations where a patient does not have the desire or opportunity to participate in shared decision making about treatment

How might it impact the clinical practice in the foreseeable future?

- ▶ The correlation between gender, age and the level of concern about appearance can be taken into account by a doctor when prescribing treatment in cases when a patient does not want or is unable to participate in the choice of treatment
- ▶ The knowledge about the degree of patients' involvement in shared decision making about treatment allows a doctor to adapt communication algorithms, achieving patients' adherence to treatment

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

Идея ценностно-ориентированного подхода (ЦОП) впервые была озвучена в 2006 г. профессором Гарвардского университета Майклом Портером и вначале была нацелена на решение проблем качества и доступности медицинской помощи в Соединенных Штатах Америки посредством создания конкурентной модели работы медицинских организаций [1]. Был предложен кардинально новый подход для реформации системы здравоохранения, который вобрал в себя лучшие практики бизнеса и маркетинга [1, 2]. ЦОП призван был частично решить проблему неуклонного роста затрат на здравоохранение, который сопутствовал развитию инноваций в медицине. Внедрение ЦОП реализуется, в частности, посредством предоставления пациенту максимально возможных вариантов подходящего ему лечения, вовлечения больного в совместный выбор метода терапии, учета его индивидуальных ценностей и потребностей при выборе варианта лечения, а также оценки опыта пациента [3].

Совместное принятие решений в медицине (англ. shared decision making) – это процесс, в котором и пациент, и врач вносят равносильный вклад в процесс принятия медицинских решений и согласовывают решения о лечении [4]. Медицинские работники объясняют больным методы лечения, имеющиеся альтернативы и помогают им выбрать вариант, который наилучшим образом соответствует их предпочтениям, а также уникальным культурным и личным убеждениям.

В традиционной практике врач диктует пациенту, чем и как лечиться, а больному отводится пассивная роль в процессе. Совместное принятие решений отличается от осознанного согласия тем, что пациенты основывают свои решения на собственных ценностях и убеждениях, а также на том, что они полностью информированы [5]. В определенных ситуациях точка зрения врача может отличаться от решения, которое в наибольшей степени соответствует ценностям, суждениям, мнениям или ожиданиям пациента относительно результатов [6]. На степень вовлеченности больных в процесс принятия решения о лечении влияют различные факторы – пол, возраст, уровень образования, цвет кожи, культура, менталитет, стиль коммуникации врача [7–10]. В свою очередь, вовлечение пациентов в совместный выбор метода лечения и учет их индивидуальных обстоятельств влияет на приверженность к лечению [11].

Для того чтобы понять ценности и приоритеты пациента, определить факторы, влияющие на его выбор терапии, необходимо оценивать исходы, сообщаемые пациентами (англ. Patient-Relevant Outcome Measures, PROMs). Данный инструмент исследования затрагивает различные аспекты здоровья пациента и влияние болезни и ее лечения на его стиль жизни, а в итоге и на качество жизни. Он представляет собой валидизированные опросные листы, самостоятельно заполняемые больными или иными лицами относительно их самих, которые охватывают все главные особенности того, чем пациенты обеспокоены [3].

В литературе описаны разные модели общения с пациентом. Наиболее распространены следующие:

- модель OPTION [12];
- экологическая модель [13];
- модель «трехэтапного разговора» (англ. three-talk model) [13];
- модель межличностного взаимодействия [13].

Приверженность пациентов к лечению особенно актуальна в онкологии, поскольку позволяет существенно снижать расходы за счет более осознанного отношения больных к лечению и своевременной диагностики онкологических заболеваний. Зло-

качественные новообразования – одна из наиболее значимых проблем, затрагивающих не только систему здравоохранения, но и общество в целом. Отмечается неуклонный рост их числа в Российской Федерации (РФ) и в мире [14]. В 2019 г. в РФ был выявлен 640 391 случай злокачественных новообразований (291 497 и 348 894 у пациентов мужского и женского пола соответственно) [15].

По статистическим данным, заболевание имеет тенденцию к омоложению. Так, заболеваемость раком кожи в зависимости от возраста варьирует следующим образом: в возрастной группе до 30 лет рак кожи с меланомой встречается у 5,4% заболевших, в возрасте 30–59 лет удельный вес рака кожи и меланомы составляет 10,7%, у лиц 60 лет и старше опухоли кожи с меланомой являются преобладающими (17%) [15].

Немеланомный рак кожи (НМРК) – преобладающий вид рака, на который в РФ в 2019 г. приходилось до 13,1% от всех локализаций. У мужчин НМРК в 2019 г. занимал 3-е место (10,6%), у женщин – 2-е (15,2%). Абсолютное число случаев впервые выявленного НМРК в 2019 г. в РФ для мужчин составляло 30 867, для женщин – 52 885. Среднегодовой темп прироста НМРК составил 2,66%. Грубый показатель заболеваемости для НМРК достиг 57,07 случая на 100 тыс. населения. Стандартизованный показатель – 28,82 случая на 100 тыс. населения. Кумулятивный риск развития НМРК (период 2009–2019 гг., возраст 0–74 лет) составил 3,41%. В 2019 г. от НМРК умерли 744 мужчины и 770 женщин. Средний возраст умерших от НМРК составил 74,5 года (71,3 года у мужчин, 77,6 года у женщин) [15].

В нашем исследовании оценена степень обеспокоенности пациентов с НМРК, расположенным в области лица, своим внешним видом для совместного принятия решения о выборе метода терапии, наиболее соответствующего их индивидуальным предпочтениям. Также изучено влияние пола и возраста на обеспокоенность пациентов своим внешним видом и их готовность активно участвовать в совместном выборе метода лечения. Принимали во внимание опыт больного посредством определения его удовлетворенности моделью и методами коммуникации.

Цель – реализация ценностно-ориентированных принципов и развитие приверженности к лечению у пациентов с немеланомным раком кожи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ / MATERIAL AND METHODS

Ранее в ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» была модифицирована служба онкодерматологии, перестроен порядок маршрутизации пациентов с раком кожи [16]. В целях повышения доступности онкологической помощи по соответствующему профилю и на основании фактических путей пациента онкодерматологическая служба была выделена как отдельное направление работы онкодиспансера. Вновь созданный центр отвечал принципам оптимальной (с точки зрения пациента) организации онкодерматологической помощи и базировался на мультимодальном подходе:

- единый координационный центр;
- единая сквозная система путей следования пациента в ходе диагностики и лечения;
- концентрация всех необходимых методов диагностики;
- возможность выбора больным всех доступных методов лечения согласно клиническим рекомендациям и с учетом его состояния и пожеланий;
- наличие единого коммуникативного пространства для мониторинга пациентов и динамического наблюдения;

– максимальная концентрация компетенций при минимальных кадровых ресурсах.

Внедрение ЦОП (рис. 1) реализовывалось, в частности, путем:

- определения индивидуальных предпочтений пациента;
- совместного обсуждения вариантов лечения и учета мнения больного при выборе;
- оценки опыта пациента.

Дизайн исследования / Study design

С декабря 2020 г. по сентябрь 2021 г. проведено наблюдательное несравнительное проспективное продолжительное одноцентровое когортное исследование, посвященное изучению качества жизни и опыта больных. Всего в нем приняли участие 42 пациента, которые прошли все три этапа исследования. Средний возраст больных составил 67 лет (от 42 до 82 лет). База исследования: ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», отделение мультимодальной онкодерматологии. Контроль состояния пациентов и результатов лечения проводили спустя 3 мес после выписки.

Критерии включения и исключения / Inclusion and exclusion criteria

В качестве объектов исследования были выделены пациенты центра онкодерматологии согласно следующим критериям включения:

- НМРК (1–2 ст., размер поражения менее 2 см), расположенный в области лица (именно такие больные составляли большинство поступающих в отделение на основании данных предыдущих лет) [16];
- отсутствие противопоказаний к радиотерапевтическому и хирургическому лечению (возможность применения как минимум двух указанных методов).

Критерии исключения:

- НМРК более 2 см;
- НМРК 3–4 ст.;
- расположение не в области лица.

Этические аспекты / Ethical aspects

Исследование одобрено этическим комитетом ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (протокол № 5 заседа-

ния от 17 февраля 2022 г.). Дизайн исследования соответствует принципам и подходам, изложенным в Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (Форталева, 2013 г.). Все пациенты были информированы о цели исследования и давали письменное информированное согласие.

Этапы исследования / Study stages

Оценка уровня психоэмоционального дистресса

На первом этапе с помощью валидизированного опросника психоэмоционального дистресса Face-Q Skin Cancer Module – Appearance-Related Distress® (Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Нью-Йорк, США)¹ оценивали обеспокоенность больных своим внешним видом. Опросник состоит из восьми пунктов. Пациентам (или медицинскому персоналу) предлагали отметить только один вариант, ответив на следующий вопрос: «Учитывая вашу внешность, насколько вы не согласны или согласны с каждым утверждением?» (табл. 1).

Полученные в результате ответов на восемь вопросов баллы суммировали. Для перевода результатов использовали психометрическую модель Раша для анализа категориальных данных, где 0 – наихудший результат, а 100 – наилучший.

Опрос пациентов проводили перед началом лечения, а результаты позволяли врачу определить предпочитаемый больным метод лечения в тех случаях, когда он не мог или не хотел участвовать в совместном выборе терапии.

Оценка готовности принимать участие в выборе метода лечения

Вторым этапом определяли возможность посещения сеансов в ходе устной беседы с пациентом. Описывали преимущества и недостатки каждого метода лечения и совместно с больным делали выбор.

В отделении был представлен весь перечень модальностей для лечения НМРК согласно действующим рекомендациям [17–19]. Выбор методов лечения включал следующие варианты: хирургическое иссечение, лучевая терапия, фотодинамическая терапия, топические лекарственные средства (см. рис. 1). Причем к основным можно отнести хирургический метод и лучевую терапию, имеющие свои преимущества и недостатки. В отличие от хирургического метода после лучевой терапии не остается шрамов,

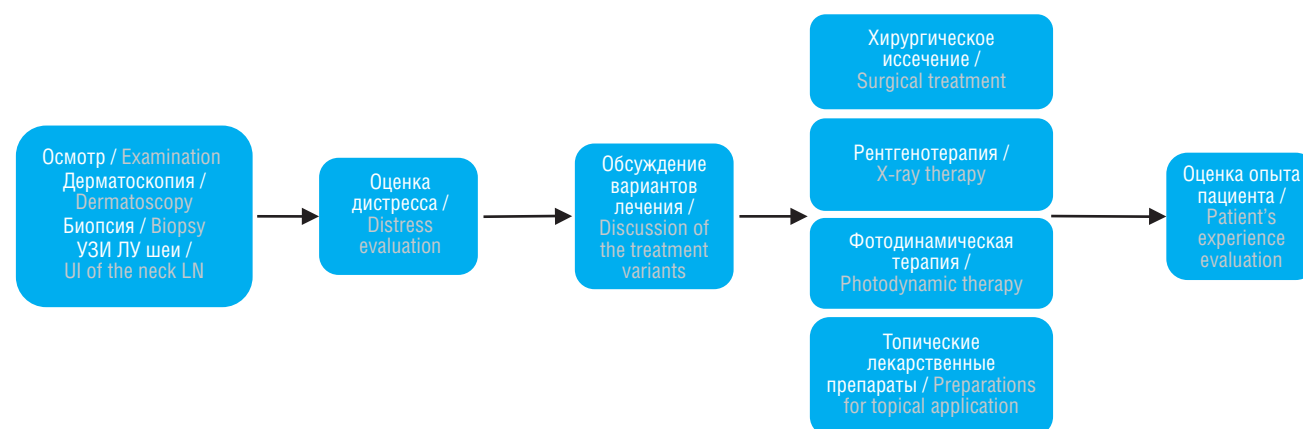


Рисунок 1. Последовательность реализации ценностно-ориентированных принципов в онкодерматологической службе региона.

УЗИ – ультразвуковое исследование; ЛУ – лимфоузлы

Figure 1. An algorithm of realization of value-based principles in the regional oncodermatological service.

UI – ultrasound investigation, LN – lymph nodes

¹ <https://qportfolio.org/face-q/skin-cancer/>.

Таблица 1. Опросник для оценки уровня психоэмоционального дистресса, связанного с внешним видом**Table 1.** The questionnaire for assessing psychoemotional distress associated with appearance concerns

Утверждение / Statement	Абсолютно не согласен / Definitely disagree	Скорее не согласен / Somewhat disagree	Скорее согласен / Somewhat agree	Полностью согласен / Definitely agree
Я чувствую себя неловко из-за того, как выглядит мое лицо / I feel self-conscious about how my face looks	1	2	3	4
Я чувствую себя неуверенно из-за того, как выглядит мое лицо / I feel insecure about how my face looks	1	2	3	4
Я чувствую себя несчастным из-за того, как выглядит мое лицо / I feel unhappy about how my face looks	1	2	3	4
Я чувствую беспокойство, когда люди смотрят на меня / I feel anxious when people look at me	1	2	3	4
Я чувствую стресс из-за того, как выглядит мое лицо / I feel stressed about how my face looks	1	2	3	4
Я чувствую стыд за то, как выглядит мое лицо / I am embarrassed about how my face looks	1	2	3	4
Я чувствую себя подавленным, когда смотрюсь в зеркало / I feel depressed when I look in the mirror	1	2	3	4
Я избегаю друзей и/или семью из-за того, как выглядит мое лицо // I avoid friends and/or family because of how my face looks	1	2	3	4

процедура безболезненна, однако требует проведения не менее 20 фракций (сеансов лечения), тогда как после хирургического иссечения пациент может быть выписан домой уже на следующий день. Учет этих факторов может определять выбор больным того или иного метода.

Выбор вариантов лечения осуществлялся пациентом с учетом двух групп факторов:

- факторов, связанных с заболеванием (стадия по шкале Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), локализация рака кожи, степень распространенности, радиочувствительность тканей);
- пациент-ассоциированных факторов (косметический результат, боязнь радиации, болевой порог, возможность посещения сеансов лучевой терапии, временные затраты на лечение).

Степень готовности пациентов принимать участие в выборе метода терапии определяли на основании того, как часто он проявлял четыре вида поведения (согласно экологической модели):

- задаваемые пациентом вопросы;
- проявление согласия или несогласия;
- предоставление информации о психосоциальных факторах;
- выражение беспокойства в связи с заболеванием или методом лечения.

Суммарное количество баллов в случае полного вовлечения пациента составляло 4 и отмечалось врачом в процессе беседы.

Оценка информационной удовлетворенности

При подготовке к процедуре проводили информирование пациента согласно ранее разработанному алгоритму пациентоориентированной коммуникации.

На третьем этапе исследования для оценки информационной удовлетворенности спустя 3 мес после лечения снова использовали валидизированный опросник Face-Q Skin Cancer Module – Appearance-Related Distress®. Пациенту (или медицинскому пер-

соналу) предлагали отметить только один вариант, ответив на следующий вопрос: «Насколько вы были удовлетворены или недовольны информацией, которую получили в связи со следующим?» (табл. 2). Опрос проводили по телефону или при повторном визите к врачу, что было связано со средним временем полного прохождения лучевых реакций или шрамов.

Полученные в результате ответов на шесть вопросов баллы суммировали. Для перевода результатов применяли психометрическую модель Раша для анализа категориальных данных, где 0 – наихудший результат, а 100 – наилучший.

Методы статистического анализа / Methods of statistical analysis

Статистическую обработку данных выполняли в программе Excel (Microsoft, США) и с помощью программы статистической обработки данных jamovi 1.2.12 (The Jamovi Project, Австралия). Для оценки результатов использовали метод корреляционного анализа (метод квадратов Пирсона). Значения считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ / RESULTS

Оценка уровня психоэмоционального дистресса / Assessment of the psychoemotional distress level

После перевода результатов опроса в балльную оценку средний балл составил 43,5 (медиана 48), что свидетельствует об умеренном уровне психоэмоционального дистресса по поводу своего внешнего вида у пациентов с НМРК.

Анализ также показал наличие отрицательной обратной связи между возрастом и уровнем психоэмоционального дистресса, а также полом и уровнем дистресса. Более молодой возраст ($r = -0,398$, $p = 0,009$) и женский пол ($r = -0,475$, $p = 0,001$) были факторами, увеличивающими эмоциональный дистресс по поводу

Таблица 2. Опросник для оценки уровня удовлетворенности пациента с раком кожи информацией о лечении

Table 2. The questionnaire for assessing level of satisfaction of a skin cancer patient with the information on the treatment

Информация / Information	Абсолютно неудовлетворен / Very dissatisfied	Скорее неудовлетворен / Somewhat dissatisfied	Скорее удовлетворен / Somewhat satisfied	Полностью удовлетворен / Very satisfied
Как изменится ваша внешность / How your appearance would change	1	2	3	4
Как будет выглядеть ваше лицо, когда вы полностью исцелитесь / What your face would look like once you were fully healed	1	2	3	4
Что ваш шрам(ы) со временем изменится / That your scar(s) would change over time	1	2	3	4
Сколько времени потребуется, чтобы ваш шрам(ы) исчез / How long it would take for your scar(s) to fade	1	2	3	4
Как будет выглядеть ваш шрам(ы) / What your scar(s) would look like	1	2	3	4
Варианты помощи при рубцевании / Options to help with scarring	1	2	3	4

внешнего вида, тогда как более пожилые пациенты мужского пола менее беспокоились по этому поводу.

Оценка готовности принимать участие в выборе метода лечения / Assessment of readiness to participate in the choice of treatment method

Участие пациента в выборе метода лечения является важным фактором последующей его приверженности к лечению. Оценка уровня готовности больных активно участвовать в принятии решения о методе лечения позволяет спрогнозировать его приверженность и скорректировать коммуникационные алгоритмы.

В нашем исследовании полностью в процесс выбора вариантов лечения удалось вовлечь 10 (24%) пациентов – их вовлеченность оценивалась в 4 балла. Вовлеченность еще 18 (43%) больных была оценена в 3 балла, оставшиеся 14 (33%) вовлекались только на 2 балла по 4-балльной шкале (рис. 2).

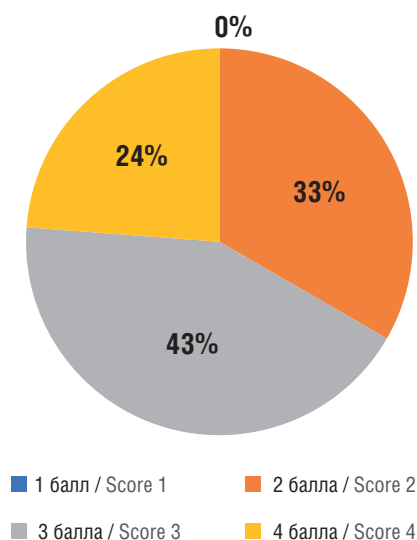


Рисунок 2. Степень вовлеченности пациентов в выбор метода лечения по экологической модели

Figure 2. Degree of patients' involvement in the choice of the method of treatment according to the ecological model

При анализе корреляции между степенью вовлеченности и полом и возрастом больного прослеживается обратная отрицательная связь: более пожилые пациенты ($r=-0,633$, $p<0,001$) в меньшей степени вовлекались в выбор метода лечения, тогда как пол в данном случае влияния не оказывал.

Оценка опыта (удовлетворенности) пациента / Assessment of the patient's experience (satisfaction)

У всех опрошенных уровень удовлетворенности составлял более 50 баллов, что позволяет говорить о том, что ожидания пациентов от лечения совпадали с информацией, полученной ими до его начала (рис. 3). У 3 (7%) больных суммарный балл по психометрической модели Раша составил 56, у 6 (14%) – 66, у 1 (2%) – 75, у 6 (14%) – 80, у 9 (21%) – 85, у 9 (21%) – 92, у 8 (19%) – 100 баллов.

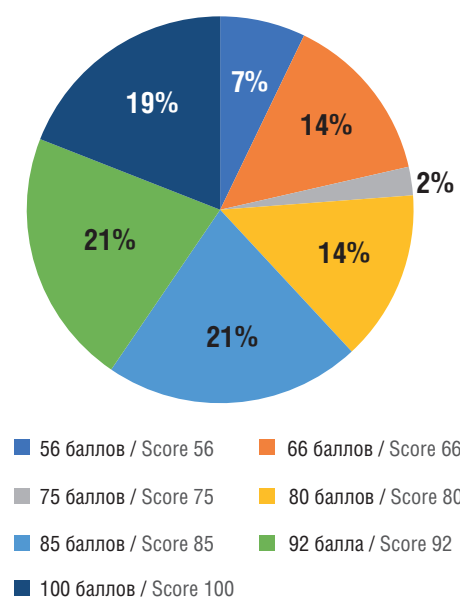


Рисунок 3. Результаты оценки опыта пациентов (по психометрической модели Раша)

Figure 3. The results of patient's experience assessment (Rasch psychometric model)

Удовлетворенность результатом лечения является важнейшим индикатором опыта пациента и одним из показателей его удовлетворенности качеством оказания медицинских услуг.

ОБСУЖДЕНИЕ / DISCUSSION

Злокачественные новообразования кожи представляют собой актуальную проблему для региона. Заболеваемость меланомой кожи в Свердловской обл. максимальная в Уральском федеральном округе (УФО): абсолютное число заболевавших в 2019 г. составило 412 человек (41,8% от всех в УФО), из них 160 мужчин и 252 женщины. Грубый показатель заболеваемости – 9,55 случая на 100 тыс. населения (8,08 для мужчин и 10,80 для женщин). Стандартизованный показатель заболеваемости в 2019 г. достиг 5,94 случая на 100 тыс. населения (5,69 для мужчин и 6,36 для женщин). Абсолютное число умерших от меланомы в 2019 г. составляло 126 человек (61 мужчина и 65 женщин). Грубый показатель смертности – 2,92 случая на 100 тыс. населения (3,08 для мужчин и 2,79 для женщин), стандартизованный – 1,67 случая на 100 тыс. населения (2,16 для мужчин и 1,40 для женщин) [15].

Одна из ключевых задач в рамках программы реализации ЦОП состоит в развитии у пациентов приверженности к лечению. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения приверженность к лечению характеризуется такими факторами, как своевременное обращение за медицинской помощью, надлежащее выполнение предписаний врача, изменение поведения, направленное на улучшение собственного здоровья.

Исследования показывают, что приверженность пациентов к лучевой терапии является важным фактором успеха онкологического лечения [20, 21]. Незапланированное прерывание лучевой терапии ассоциируется с худшими показателями регионального контроля, более короткой общей выживаемостью и безрецидивной выживаемостью у больных плоскоклеточным раком кожи [22]. Ранее проводились исследования влияния различных факторов на приверженность онкологических пациентов к лечению, среди которых выделены социально-демографические, экономические, образовательные [11, 23]. Наша работа подтверждает влияние демографических факторов на приверженность к лечению у пациентов с онкодерматологической патологией и дает более глубокое понимание зависимости приверженности к лечению, а также предпочтений в отношении методов лечения от возраста или пола. Это упростит принятие решения о лечении мультидисциплинарным командам в тех случаях, когда отсутствует объективная возможность обсуждения с больным вариантов лечения.

Высокая приверженность к лечению проявляется в открытом сотрудничестве врача и пациента, совместном обсуждении вариантов лечения. Использование опросника психосоциального дистресса позволяет врачу оценивать значимость для пациента такого фактора, как внешний вид, и учитывать предпочтения больного при совместном принятии решения о выборе метода терапии.

Полученная корреляция между полом, возрастом пациента и уровнем его обеспокоенности своим внешним видом может учитываться врачом при назначении лечения в тех случаях, когда больной не хочет или не в состоянии участвовать в выборе лечения.

Со стороны пациента также возможны «мерцание» и попытка снять с себя ответственность за выбор лечения, нежелание активно изучать и анализировать информацию о предлагаемых ему методах. Это может быть связано с отсутствием культуры, привычками, низким уровнем грамотности, ленью, нехваткой времени и неправильно расставленными приоритетами.

Ограничения исследования / Study limitations

Ограничениями данного исследования являются относительно малая выборка ($n=42$) и включение пациентов с НМРК в области лица размером до 2 см. В то же время можно допустить, что расположение рака кожи на других участках тела, а также большая площадь поражения могут оказывать влияние на результаты, что требует более детального и многоцентрового исследования данного вопроса.

Благодарность / Acknowledgement

Авторы выражают благодарность сотрудникам ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» за участие в проведении качественных исследований и помощь в сборе статистических данных онкологической службы региона.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

При реализации ценностно-ориентированного подхода важно руководствоваться в принятии решений интересами пациента, поскольку это напрямую влияет на его приверженность к лечению, а значит, и на результат терапии. Изучение ценностей и потребностей больных дает возможность влиять и совершенствовать показатели опыта пациентов. В связи с массовостью заболевания НМРК внедрение пациентоориентированных подходов – важное условие удовлетворенности всем процессом онкологического лечения.

С возрастом желание пациента участвовать в выборе метода лечения снижается. Использование опросников психосоциального дистресса позволяет врачу учитывать индивидуальные потребности больного в случае, если он не в состоянии активно участвовать в принятии решения. Пациенты более молодого возраста и женского пола более обеспокоены своим внешним видом и чаще предпочитают рентгенотерапевтический метод хирургическому в связи с отсутствием шрамов после лечения и хорошими косметическими результатами. Для более пожилых больных, пациентов мужского пола, а также в тех случаях, когда у больного нет возможности проходить длительный курс лучевой терапии, рекомендуется хирургическое иссечение.

Использование пациентоориентированного алгоритма коммуникации с больным позволяет подготовить его к лечению и положительно влияет на опыт пациента. Руководителям онкологических служб рекомендуется на регулярной основе оценивать опыт пациентов, создавать условия для возможности выбора больными метода лечения и для учета их индивидуальных потребностей, анализировать исходы путем внедрения валидизированных опросников по соответствующему нозологическому профилю и учитывать эти результаты в лечении.

ЛИТЕРАТУРА:

- Porter M.E., Teisberg E.O. Redefining health care: creating value-based competition on results. 1st ed. Harvard Business School Press; 2006: 528 pp.
- Porter M.E. What is value in health care? *New Engl J Med.* 2010; 363 (26): 2477–81. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>.
- Implementing value-based health care in Europe: handbook for

pioneers. EIT Health; 2020. URL: <https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/06/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe.pdf> (дата обращения 27.01.2022).

4. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. 4-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019.

5. Elwyn G., Edwards A.G., Kinnersley P., Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract.* 2000; 50 (460): 892–9.

6. Coulter A., Collins A. Making shared decision making a reality. No decision about me, without me. The Kings Fund; 2011. URL: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf (дата обращения 27.01.2022).

7. Cooper-Patrick L., Gallo J.J., Gonzales J.J., et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA.* 1999; 282 (6): 583–9. <https://doi.org/10.1001/jama.282.6.583>.

8. Thompson T.L., Dorsey A., Parrott R., Miller K. (Eds.) Handbook of health communication. 1st ed. Routledge; 2003: 63–9.

9. Cegala D.J. An exploration of factors promoting patient participation in primary care medical interviews. *Health Commun.* 2011; 26 (5): 427–36. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.552482>.

10. Street R.L. Jr., Gordon H.S., Ward M.M., et al. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care.* 2005; 43 (10): 960–9. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000178172.40344.70>.

11. Rangarajan R., Jayaraman K. Barriers affecting adherence to radiation treatment and strategies to overcome those barriers. *Ind J Cancer.* 2017; 54 (2): 458–60. https://doi.org/10.4103/ijc.ijc_260_17.

12. Elwyn G., Hutchings H., Edwards A., et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect.* 2005; 8 (1): 34–42. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00311.x>.

13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making. NICE Guideline [NG197]. 17 June 2021. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197> (дата обращения 27.01.2022).

14. Khazaei Z., Ghorat F., Jarrahi A., et al. Global incidence and mortality of skin cancer by histological subtype and its relationship with the human development index (HDI); an ecology study in 2018. *World Cancer Res J.* 2019; 6. https://doi.org/10.32113/wcrj_20194_1265.

REFERENCES:

1. Porter M.E., Teisberg E.O. Redefining health care: creating value-based competition on results. 1st ed. Harvard Business School Press; 2006: 528 pp.

2. Porter M.E. What is value in health care? *New Engl J Med.* 2010; 363 (26): 2477–81. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>.

3. Implementing value-based health care in Europe: handbook for pioneers. EIT Health; 2020. Available at: <https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/06/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe.pdf> (accessed 27.01.2022).

4. Greenhalgh T. How to read a paper: the basics of evidence-based medicine. 5th ed. BMJ Books; 2014: 284 pp.

5. Elwyn G., Edwards A.G., Kinnersley P., Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract.* 2000; 50 (460): 892–9.

6. Coulter A., Collins A. Making shared decision making a reality. No decision about me, without me. The Kings Fund; 2011. Available at: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf (accessed 27.01.2022).

7. Cooper-Patrick L., Gallo J.J., Gonzales J.J., et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA.* 1999; 282 (6): 583–9. <https://doi.org/10.1001/jama.282.6.583>.

15. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. (ред.) Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2020: 252 с.

16. Изюров Л.Н., Зуенкова Ю.А. Прогнозирование и оптимизация работы кабинета рентгенотерапии в рамках клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России Министерства здравоохранения Российской Федерации. *Исследования и практика в медицине.* 2020; 7 (3): 99–107. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-3-10>.

17. Распоряжение Правительства Свердловской области от 28.06.2019 № 310-РП «Об утверждении программы «Борьба с онкологическими заболеваниями в Свердловской области на 2019–2024 годы». URL: <https://base.garant.ru/72604798/> (дата обращения 27.01.2022).

18. Базальноклеточный рак кожи. Клинические рекомендации. 2020. URL: https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/bazalnokletochnyj_rak.pdf (дата обращения 27.01.2022).

19. Плоскоклеточный рак кожи. Клинические рекомендации. 2020. URL: https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/ploskokletochnyj_rak_kozhi.pdf (дата обращения 27.01.2022).

20. Tarnawski R., Fowler J., Skladowski K., et al. How fast is repopulation of tumor cells during the treatment gap? *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2002; 54 (1): 229–36. [https://doi.org/10.1016/S0360-3016\(02\)02936-X](https://doi.org/10.1016/S0360-3016(02)02936-X).

21. Dale R.G., Hendry J.H., Jones B., et al. Practical methods for compensating for missed treatment days in radiotherapy, with particular reference to head and neck schedules. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2002; 14 (5): 382–93. <https://doi.org/10.1053/clon.2002.0111>.

22. Martens R.M., Koopman T., Noij D.P., et al. Adherence to pretreatment and intratreatment imaging of head and neck squamous cell carcinoma patients undergoing (chemo) radiotherapy in a research setting. *Clin Imaging.* 2021; 69: 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2020.06.047>.

23. Зуенкова Ю.А., Кича Д.И., Абрамов А.Ю. и др. Пациенториентированный алгоритм работы рентгенотерапевтического кабинета онкологического диспансера. *Медицинская радиология и радиационная безопасность.* 2021; 66 (5): 45–9. <https://doi.org/10.12737/1024-6177-2021-66-5-45-49>.

8. Thompson T.L., Dorsey A., Parrott R., Miller K. (Eds.) Handbook of health communication. 1st ed. Routledge; 2003: 63–9.

9. Cegala D.J. An exploration of factors promoting patient participation in primary care medical interviews. *Health Commun.* 2011; 26 (5): 427–36. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.552482>.

10. Street R.L. Jr., Gordon H.S., Ward M.M., et al. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care.* 2005; 43 (10): 960–9. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000178172.40344.70>.

11. Rangarajan R., Jayaraman K. Barriers affecting adherence to radiation treatment and strategies to overcome those barriers. *Ind J Cancer.* 2017; 54 (2): 458–60. https://doi.org/10.4103/ijc.ijc_260_17.

12. Elwyn G., Hutchings H., Edwards A., et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect.* 2005; 8 (1): 34–42. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00311.x>.

13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making. NICE Guideline [NG197]. 17 June 2021. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197> (accessed 27.01.2022).

14. Khazaei Z., Ghorat F., Jarrahi A., et al. Global incidence and mortality of skin cancer by histological subtype and its relationship with the human development index (HDI); an ecology study in 2018. *World*

Cancer Res J. 2019; 6. https://doi.org/10.32113/wcrj_20194_1265.

15. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Shakhzadova A.O. (Eds.) Malignant neoplasms in Russia in 2019 (morbidity and mortality). Moscow; 2020: 252 pp. (in Russ.).

16. Izurov L.N., Zuenkova J.A. Forecasting and optimization of the kilovoltage X-ray therapy office within the framework of clinical guidelines of the Association of oncologists of Russia (AOR) of the Ministry of Health of the Russian Federation. *Research and Practical Medicine Journal.* 2020; 7 (3): 99–107 (in Russ.). <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-3-10>.

17. Decree of the Government of the Sverdlovsk Region of 28.06.2019 No. 310-RP "On approval of the program "Fight against oncological diseases in the Sverdlovsk Region for 2019–2024". Available at: <https://base.garant.ru/72604798/> (in Russ.) (accessed 27.01.2022).

18. Basal cell skin cancer. Clinical guidelines. 2020. Available at: https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/bazalnokletochnyj_rak.pdf (in Russ.) (accessed 27.01.2022).

19. Squamous cell skin cancer. Clinical guidelines. 2020. Available at:

https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/ploskokletochnyj_rak_kozhi.pdf (in Russ.) (accessed 27.01.2022).

20. Tarnawski R., Fowler J., Skladowski K., et al. How fast is repopulation of tumor cells during the treatment gap? *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2002; 54 (1): 229–36. [https://doi.org/10.1016/S0360-3016\(02\)02936-X](https://doi.org/10.1016/S0360-3016(02)02936-X).

21. Dale R.G., Hendry J.H., Jones B., et al. Practical methods for compensating for missed treatment days in radiotherapy, with particular reference to head and neck schedules. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2002; 14 (5): 382–93. <https://doi.org/10.1053/clon.2002.0111>.

22. Martens R.M., Koopman T., Noij D.P., et al. Adherence to pretreatment and intratreatment imaging of head and neck squamous cell carcinoma patients undergoing (chemo) radiotherapy in a research setting. *Clin Imaging.* 2021; 69: 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2020.06.047>.

23. Zuenkova Yu.A., Kicha D.I., Abramov A.Yu., et al. Patient-oriented algorithm for the X-ray therapy cabinet of oncology dispensary. *Medical Radiology and Radiation Safety.* 2021; 66 (5): 45–9 (in Russ.). <https://doi.org/10.12737/1024-6177-2021-66-5-45-49>.

Сведения об авторах

Зуенкова Юлия Александровна – доктор делового администрирования, преподаватель кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3660-0476>; Scopus Author ID: 57223995388; РИНЦ SPIN-код: 2046-3170. E-mail: zuenkova@bk.ru.

Кича Дмитрий Иванович – д.м.н., профессор кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6529-372X>; РИНЦ SPIN-код: 5622-0128.

Изюров Лев Николаевич – к.м.н., врач-радиотерапевт ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» (Екатеринбург, Россия).

About the authors

Yulia A. Zuenkova – Master of Business Administration, Faculty Member, Chair of Healthcare Organization, Drug Provision, Medical Technologies and Hygiene, Faculty of Continuing Medical Education, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3660-0476>; Scopus Author ID: 57223995388; RSCI SPIN-code: 2046-3170. E-mail: zuenkova@bk.ru.

Dmitriy I. Kicha – Dr. Med. Sc., Professor, Chair of Health Care Organization, Drug Provision, Medical Technologies and Hygiene, Professor, Chair of Public Health, Health Care and Hygiene, Faculty of Continuing Medical Education, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6529-372X>; RSCI SPIN-code: 5622-0128.

Lev N. Izurov – MD, PhD, Radiotherapist, Sverdlovsk Regional Oncological Dispensary (Ekaterinburg, Russia).