

DOI: 10.32347/2786-7269.2025.12.334-345

УДК 614.253.83:608.1

д.філос.н., професор **Васильєва І.В.**,
ivafilos1403@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3772-5358,
Нечушкіна О.В.,
onechushkina@gmail.com, ORCID: 0000-0001-6562-6037,
к.філос.н. **Лапутько А.В.**,
annalaputko1987@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7501-500X,
Кірієнко С.В.,
socioauxmail18@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4100-6698,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ПИТАННЯ КОМПЛАЄНСУ В КОНТЕКСТІ БІОЕТИЧНОГО ДИСКУРСУ

Досліджується проблема комплаєнсу в медицині в контексті біоетичного підходу, зокрема переходу від патерналізму до автономних моделей взаємин між лікарем та пацієнтом, доктрини інформованої згоди. На основі аналізу опитування проведеного авторами, публікацій вітчизняних та зарубіжних науковців, проаналізовані різні чинники, що впливають на зниження прихильності пацієнтів лікування, зокрема, до прийому фармацевтичних препаратів. Виокремлені та розглянуті такі типи некомплаєнтності пацієнтів як «розумна неприхильність», «неінформована неприхильність», «ситуативна неприхильність». Феномен комплаєнсу досліджено в динаміці, в контексті ймовірних протиріч між різними видами життєвих практик пацієнта. Складність, мультифакторність феномену комплаєнсу свідчить про необхідність застосування комплексного підходу, зокрема у межах біоетики, як міждисциплінарного напрямку сучасних знань та соціальної практики.

Ключові слова: комплаєнс; прихильність; лікар; пацієнт; фармацевтичні препарати; автономні моделі взаємин між лікарем та пацієнтом; інформована згода.

Постановка проблеми та аналіз досліджень. Однією з провідних проблем філософії та соціології медицини є комплексне дослідження проблеми здоров'я людини. В межах сучасної соціомедичної моделі здоров'я відрізняють енвайронментальний (environmental) і біхевіаріальний підходи. У поясненні соціальної зумовленості енвайронменталісти акцентують увагу на об'єктивних факторах: соціальних умовах життя людей, проблемах бідності, зумовленості відтворення нерівності у здоров'ї макро- і мікросоціальними чинниками. Натомість прибічники біхевіаріальної моделі спрямовують дослідження на

поведінку, що пов'язана із здоров'ям, стиль життя, подолання різноманітних факторів ризику (зловживання алкоголем, наркоманія, куріння, тощо) [8, с. 49].

Однією з провідних тем сучасної біхевіаріальної медицини є дослідження питань комплаєнсу, ступеню прихильності пацієнтів до лікування, зокрема, медикаментозного. Попри те, що дослідження проблеми комплаєнсу розпочалося ще у 50-роки ХХ ст., у сучасному суспільстві вона набула особливої гостроти. За даними ВООЗ, лише 50 % пацієнтів, які страждають на хронічні захворювання дотримуються рекомендацій щодо лікування [2]. За оцінками українських та зарубіжних дослідників низька прихильність до лікування суттєво впливає на результат лікування, є вагомим фактором ускладнень, рецидивів хвороб, збільшення захворюваності та смертності, фінансових витрат на системи охорони здоров'я, й визначається як важливий чинник глобального тягаря громадського здоров'я (Bosworth, 2010)". Тому не випадково, чимало дослідників акцентують увагу на питаннях підвищення комплаєнтності пацієнтів у різних галузях медицини та охорони здоров'я (терапія, неврологія, стоматологія, фармація тощо), специфіки прихильності до лікування пацієнтів, які страждають на конкретні захворювання [16; 14; 10; 6]. Сьогодні науковці наголошують на необхідності комплексних, ґрунтовних досліджень феномену комплаєнсу, вирішення концептуальних питань, які можуть представляти проблеми для емпіричних досліджень [16; 6].

Мета: обґрунтування необхідності комплексного дослідження проблем, пов'язаних з прихильністю пацієнтів до лікування на основі міждисциплінарних підходів.

Методи та матеріали: комплексний характер досліджуваної проблеми зумовив необхідність застосування філософських, загальнонаукових методів (аналітичний, синтетичний, структурний, системного-логічний методи, поєднання принципів історичного і компаративного підходів, міждисциплінарних підходів тощо) та спеціальних соціологічних методів збору обробки та аналізу інформації. Об'єктом дослідження, проведеного авторами, пацієнти, які самовільно припинили прийом препарату, були, раніше призначеного лікарем терміну. Відповідно до мети та завдань дослідження був застосований спрямований відбір респондентів. Вибірка цільова (N = 200). Аналітично вибірка репрезентує характеристики та свідомість пацієнтів, що самовільно припинили прийом препаратів. Метод збору інформації – стандартизоване інтерв'ю. Обробка інформації здійснювалася за допомогою пакету обробки статистичних даних IBM SPSS Statistics.

Результати та їх обговорення. Питання дотримання хворими призначень лікаря режиму лікування мало важливе значення протягом всієї історії медицини. Проте лише у 50-х рр. ХХ ст. воно набуло в медицині статусу

окремої наукової проблеми – комплаєнсу. *Комплаєнс*, за класичним визначенням R. Haynes – це «ступінь узгодженості поведінки людини з наданими медичними призначеннями та порадами» [5]. Актуалізація цієї проблеми саме у другій половині ХХ ст. була пов'язана, на наш погляд, по перше, зі змінами структури захворюваності населення, тобто зниженням рівня інфекційних захворювань і виходом на перший план хронічних хвороб; по друге, з потребами трансформації систем охорони здоров'я, обумовленими пануванням патерналізму в медицині, обмеженням прав пацієнта. «Вимога дотримання прав пацієнта як автономної особистості відповідала філософії та ідеології правозахисного руху, яка починаючи з 60-х рр. минулого століття, стала важливим компонентом суспільної свідомості і культури країн Заходу» [7].

Починаючи з другої половини ХХ ст. й до сьогодні в медицині простежується складний перехід від патерналізму до автономних моделей взаємин між лікарем та пацієнтом на основі демократичних цінностей, етики діалогу, партнерства. Відбувається трансформація соціальної ролі пацієнта від пасивного виконавця приписів лікаря до суб'єкта лікувально-реабілітаційного процесу. З означеними процесами в значній мірі пов'язані не тільки сама постановка проблеми комплаєнсу у 50-х минулого століття, а й тенденції щодо подальшої лібералізації підходів у напрямі зростання автономії пацієнта у наступні десятиліття. Свідченням цього є певні зміни у термінології наукового дискурсу, перехід від жорстких категоричних висловів («виконання вказівок лікаря», «дисципліна прийому препаратів» тощо), до більш м'яких толерантних формувань ідеї комплаєнсу. Відбувся перехід від використання терміну «комплаєнс» (це часто передбачає підпорядкування пацієнта рекомендаціям лікаря і рідко враховує переваги або цінності пацієнта щодо лікування) до слова «прихильність», оскільки література та медична практика визнали важливість терапевтичного альянсу [1].

В основі концепту комплаєнсу (в значенні згоди, узгодження поглядів, позицій), прихильності лежить принцип добровільної інформованої згоди пацієнта на основі повної й достовірної інформації, свободи волевиявлення. Моральне і правове значення інформованої згоди полягає в тому, що вона виступає як інститут захисту права на самовизначення особи [15, с.31]. Одним із дискусійним питань впровадження цієї доктрини в медицину є питання щодо обсягу, змісту інформації, характеру інформування лікарем хворого. В історії медицини можна простежити еволюцію підходу до цього питання від «професійного стандарту», «середнього здравомислячого лікаря», який визначається практикою що склалася в медичного товаристві або у медичному закладі (50-60 роки ХХ ст.) до стандарту «середнього здравомислячого

пацієнта» (70-80 роки ХХ ст.) до «суб'єктивного стандарту», який враховує і потреби «середньостатистичного пацієнта» й специфіку інтересів кожного індивіда, визначає тактику індивідуалізації переданої інформації [11, с.131;15].

Про необхідність індивідуального підходу при інформуванні лікарем пацієнта наголошується у міжнародних та національних документах, що регламентують роботу лікаря, національному законодавстві України. «Медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я» [13]. Важливо, щоб надання інформації пацієнту, по-перше, не заподіяло шкоди здоров'ю пацієнта, по-друге, було доступним зрозумілим хворому. Адже, лише усвідомлена пацієнтом інформація на рівні знань, переконань є передумовою реалізації його автономії, свідомої прихильності до лікування.

Надання пацієнтом інформованої згоди на медикаментозне лікування свідчить про його початкову прихильність до призначеного лікарем курсу фармакотерапії. Отже, виникає питання з'ясування факторів, які впливають на негативну динаміку на наступних етапах цього процесу, зокрема самовільне припинення пацієнтом лікування.

Одним із найбільш простих і зрозумілих пояснень досліджуваної проблеми є те, що самовільне припинення прийому фармацевтичного препарату прив'язане до зникнення фізичного дискомфорту (респондент схильний розцінювати відсутність дискомфорту як відсутність хвороби). В результаті дослідження виявилось, що це цілком зрозуміле пояснення завчасного припинення прийому препаратів не є вичерпним. Не зважаючи на той факт, що більшість респондентів (42,6%) відзначили, що не потребували препарату для безпосереднього покращення самопочуття на момент припинення прийому препарату, 18,3% однак, припинили прийом попри те, що препарат покращував самопочуття, а 14,2 % не змогли відповісти про дію, яку препарат здійснював на момент припинення прийому (табл. 1).

Досить важливим у майбутніх дослідженнях є виокремлення серед пацієнтів, що порушують дисципліну прийому препаратів, груп респондентів з гострими та хронічними захворюваннями. Для людей з хронічними захворюваннями дисципліна прийому фармацевтичних препаратів може бути розглянута як складова рекомендованого лікарем стилю життя, дотримання або недотримання цих рекомендацій пацієнтом, може обумовлюватися різноманітними чинниками, а не визначатися зникненням фізичного дискомфорту та бажанням повернутися до виконання звичних соціальних ролей.

Таблиця 1

**Дія препарату на самопочуття на момент припинення прийому
(N=200, відповіді 98,5 %)**

<i>«Коли Ви припинили прийом препарату, яку саме дію препарат зчиняв на Ваше самопочуття?»</i>	<i>% до тих, хто відповів</i>
Препарат продовжував здійснювати безпосереднє покращення самопочуття у найближчий час після прийому	18,3
Я не потребував препарату для безпосереднього покращення самопочуття	42,6
Мені здається, що самопочуття погіршувалось	16,8
Свій варіант	8,1
Важко визначитись	14,2

Дисципліну прийому препаратів доцільно розглядати як елемент життєвих практик, пов'язаних із хворобою між якими можуть існувати певні невідповідності. Наприклад, низький рівень комплаєнтності у ставленні пацієнтів до медикаментозного лікування, зокрема, дострокове припинення прийому фармацевтичних препаратів не виключає виконання пацієнтом рекомендацій лікаря щодо здорового способу життя, дотримання дієти, режиму, фізичної активності тощо. Такі розбіжності між різними видами життєвих практик особи, пов'язаних з хворобою, лише на перший погляд постають парадоксальними. В їх основі можуть лежати невідповідності між особистісними світоглядними поглядами, переконаннями, оцінками, життєвим досвідом пацієнта тощо і рекомендаціями лікаря. Подібні ситуації можна віднести до зразків «розумної неприхильності», тобто навмисного порушення прихильності до лікування на основі обґрунтованого вибору пацієнта, який не обов'язково є правильним. Пацієнти самовільно, припиняючи лікування вважають, що переваги від лікування менші від можливих побічних ефектів [14, с. 57].

У дослідженні були виявлені уявлення респондентів про вплив на припинення медикаментозної терапії й деяких властивостей фармацевтичних препаратів. Значна частина респондентів, які припинили прийом фармацевтичного препарату раніше призначеного лікарем терміну, виявили занепокоєння шкідливими властивостями препаратів.

Респондентам було запропоновано ряд тверджень, з якими вони могли погодитися або не погодитися (табл. 2). Переважна більшість респондентів, які припинили лікування раніше призначеного лікарем терміну, погодилися із твердженням, що «хімічні препарати вимагають обережності, бо можуть містити у собі потенційну небезпеку». Для більш детального вивчення побоювань пацієнтів щодо шкоди фармацевтичних препаратів для організму, внаслідок їх «неприродності» при проведенні подальших досліджень доцільно

провести компаративний аналіз сприйняття пацієнтами, які самовільно припинили прийом препаратів, хімічних фармацевтичних препаратів та ліків рослинного походження.

Таблиця 2

Оцінка небезпеки хімічних препаратів

	% від тих, що відповіли
Хімічні препарати вимагають обережності, бо можуть містити у собі потенційну небезпеку	87,8
Хімічні препарати не природні для організму, тому так чи інакше мають шкодити	43,6
Шкода від хімічних препаратів переважає або співставна з їх лікувальним ефектом	34,5

Одним з факторів впливу на рішення пацієнта припинити прийом, що здатен вплинути на рішення припинити прийом фармацевтичного препарату раніше призначеного терміну, може бути сприйняття придбання ліків як певного «фінансового тягаря» 55,2 % опитаних повністю погоджуються або скоріше погоджуються з тим, що ціна препарату, прийом якого вони припинили, занадто висока (табл. 3). Вивчення економічної обумовленості рішення припинити прийом фармацевтичного препарату може виявитися досить перспективним, особливо для категорії пацієнтів, які не потребують препарату для безпосереднього покращення самопочуття.

Таблиця 3

Відповіді на питання «Наскільки Ви погоджуєтесь з тим, що ціна препарату, прийом якого Ви припинили, занадто висока?» (N=200, відповіді 99,5 %)

	% до тих, хто відповів
Повністю погоджуюся	26,6
Скоріше погоджуюся	28,6
Скоріше не погоджуюся	27,1
Повністю не погоджуюся	7,5
Важко відповісти	10,1

У працях вітчизняних та зарубіжних науковців досліджується вплив на прихильність пацієнтів до фармакотерапії й інших характеристик лікарських препаратів (кратність, тривалість прийому, органолептичні властивості, доступність препарату, швидкість настання ефекту, зручність лікарської форми, бренд, країна-виробник, умови зберігання тощо). За результатами дослідження фахівців медичного факультету Ужгородського національного університету найбільший вплив на дотримання курсу лікування мають не характеристики

лікарських препаратів, а «фах» особи, що зробила призначення або надала рекомендації. «При призначенні препарату лікарем більша частина хворих дотримується курсу лікування, тоді як рекомендацій провізора або родичів (знайомих) дотримується значно менша кількість споживачів» [10, с. 47].

Цей висновок, в цілому, корелюється й з результатами нашого дослідження.

Респонденти, які самовільно припинили прийом препаратів, демонструють достатньо високий рівень довіри лікарю, що безпосередньо здійснює лікування та спеціалісту-медику з науковим ступенем та званням (табл. 4).

Таблиця 4

**Рівень довіри пацієнтів, що самовільно припинили прийом препаратів
(N=200, відповіді)**

«Яким є рівень Вашої довіри у питаннях, які стосуються здоров'я?»	<i>Зовсім не довіряю %</i>	<i>Швидше не довіряю %</i>	<i>Важко сказати, довіряю чи ні %</i>	<i>Швидше довіряю %</i>	<i>Повністю довіряю %</i>
Лікар, що безпосередньо здійснює лікування	0,5	4,5	13,6	57,1	24,2
Спеціалісту-медику з науковими ступенем та званням	1,0	7,0	19,6	57,8	14,6
Родині та родичам	6,0	13,1	29,1	28,6	23,1
Фармацевтам у аптеці	13,2	24,9	30,5	28,9	2,5
Знайомим, колегам	23,6	26,1	35,2	14,1	1,0
Представнику духовенства	41,8	20,9	23,0	8,7	5,6
Лікарю, представнику нетрадиційної медицини (фітотерапія, гомеопатія тощо)	31,7	30,7	29,1	7,5	1,0
Рекламі фармацевтичних компаній, популярним статтям, засобам масової інформації (включно Інтернет)	49,2	33,7	13,1	4,0	0,0

Необхідно відзначити, що родина та родичі, фармацевти також користуються значною довірою респондентів у питаннях, пов'язаних із здоров'ям. Тому варто відзначити перспективність досліджень уявлень в сфері здоров'я людей, що належать до «ближнього кола» пацієнта при вивченні його прихильності до лікування, взаємодії між лікарем, фармацевтом і пацієнтом в контексті концепту терапевтичного альянсу.

Проте, дослідження питань впливу довіри до лікаря, характеру міжособистісної взаємодії між лікарем та пацієнтом на прихильність прийому препаратів представляється особливо актуальним. Феномен довіри в системі взаємин «лікар-пацієнт» можна розглянути у двох аспектах: по-перше, як інституціональну довіру, по-друге, як специфічну форму міжособистісної

довіри, що складається впродовж лікувально-реабілітаційного процесу між хворим та медичними спеціалістами [16, с. 5].

У процесі лікування у пацієнта виникають нові інформаційні запити, пов'язані з появою нового рівня внутрішньої картини хвороби, можливостями суб'єктивної оцінки ефективності лікування препаратом, нової інформації, що стосується лікування від знайомих, ЗМІ тощо. Отже, від характеру міжособистісної комунікації лікаря та пацієнта, спроможності лікаря врахувати не тільки стан здоров'я пацієнта, а його психологічні, ментальні особливості, духовні запити й потреби в значній мірі, залежить подальший напрям динаміки прихильності пацієнта до лікування.

Як свідчать результати нашого дослідження, у відповідях на питання «Чи уявляєте ви, як саме препарат діє на ваш організм?», більшість респондентів (63,8 %), які самовільно припинили прийом препарату, зазначили, що можуть уявити в загальних рисах, яку саме дію препарат зчиняє на їх організм, 16,1 % респондентів – не уявляє, як саме діє препарат на їх організм.

Чи задовольняє такий рівень інформованості індивідуальні, особистісні пізнавальні потреби та інтереси респондентів (табл.5).

Таблиця 5

Якщо Вам потрібно досить тривалий час робити те, що Вам не хочеться

№ групи		% від тих, що відповіли
1	Можете змусити себе без проблем самі	21,6
2	Потребуєте того, щоб Вас контролювала авторитетна людина	18,9
3	Будете поводитися так як потрібно, якщо переконані, що це дійсно необхідно	52,6
4	Не можете себе змусити пропри все (примусити незважаючи на все)	6,8

На нашу думку, люди, які здатні до саморегуляції поведінки (1, 3 групи) потребують якісно іншого рівня інформованості, ніж уявлення про дію препарату в загальних рисах, що потребує більш повного інформування лікарем означених пацієнтів з врахуванням специфіки їх сприйняття, нових запитів, які виникають в процесі лікування. Щодо пацієнтів (2, 4 групи) ми вважаємо, що доцільно враховувати не тільки їх індивідуальні попити на інформацію, а й важливість фактора зовнішнього керівництва, що свідчить про неефективність використання у міжособистісних взаєминах автономних моделей у чистому вигляді. Особливе значення для людей цієї групи має саме особистий авторитет лікаря.

Як відомо, в біоетиці, медичній етиці та деонтології існують різні підходи щодо класифікації моделей взаємин між лікарем та пацієнтом, включаючи моделі автономного типу. Найбільш розповсюдженою сьогодні є інформаційна модель, де лікар виступає як продавець послуг, а пацієнт – покупець. Лікар надає пацієнту медичну та іншу інформацію в тому обсязі, що має безпосереднє відношення до отримання медичної допомоги [12, с.44]. Часто це зумовлює формальне інформування пацієнта. Ми підтримуємо думки, що більш ефективним є застосування інтерпретаційної моделі, особливості якої полягають в тому, що лікар пояснює інформацію пацієнту, разом з пацієнтом вони обговорюють, що з ним відбувається, обирають найприйнятніше для пацієнта. Лікар не просто інформує, а й висловлює співпереживання, розуміння стану і проблем хворого [12; 15]. Проте впровадження цієї моделі в практику медицини пов'язано не тільки з деонтологічними, а й соціально-організаційними питаннями (лемітизація часу лікаря для прийому пацієнтів та ін.). Саме індивідуальний підхід лікаря до хворого який можливий саме в межах інтерпретаційної моделі передбачає постійний моніторинг лікарем динаміки прихильності пацієнта до лікування. Адже, «авторитетне ставлення лікаря (медичного працівника) до пацієнта без урахування відношення останнього до процесу лікування неприпустимо» (Етичний Кодекс лікаря України ст. 19 п.3).

Враховуючи важливість впливу характеру взаємин між лікарем та пацієнтом на прихильність до лікування, варто виокремити й такий тип неприхильності як «неінформована неприхильність». «Неінформована неприхильність виникає, коли пацієнт повністю не зрозумів призначення лікаря або необхідності до лікування» [14, с. 57]. Крім того, часто фактором такої неприхильності буває забування пацієнтів приписів і рекомендації лікаря. Побудова взаємин лікарем з пацієнтом на засадах діалогічного підходу, взаємоповаги та толерантності має важливе значення у попередженні вищезазначеного типу «розумної неприхильності».

Окремо можна виділити «ситуативну неприхильність» пацієнта до прийому препаратів, яка зумовлена випадковими факторами в його особистому житті (важка хвороба, смерть рідних і близьких, матеріальні втрати тощо), або на макрорівні (катастрофи, війни). В таких випадках потреби людини у відновленні здоров'я, прихильність до лікування витісняються іншими мотивами, більш значущими для пацієнтів в подібних ситуаціях.

Висновок. У дослідженні проблеми прихильності/неприхильності пацієнтів до лікування можна позначити психологічні, соціологічні, організаційні, біоетичні, деонтологічні, філософські та інші аспекти. Це свідчить про складність, мультифакторність досліджуваного феномену,

перспективність застосування міждисциплінарних, інтегрованих підходів у подальших дослідженнях та розробці заходів щодо покращення прихильності пацієнтів до лікування фармацевтичними препаратами.

Список джерел

1. Bailey R., English J., Knee C., Keller A. Treatment Adherence in Integrative Medicine-Part One: Review of Literature. *Integr Med (Encinitas)*, 2021. - №20(3). – P.48-60. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8325505/>
2. Burkhart P.V., Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh*, 2003. - № 35(3). – 207 p. {in English}
3. Cockerham William C. *Medical Sociology*. – New York: Routledge: Taylor & Francis, 2021. – №15. – 454 p. Available at: <https://doi.org/10.4324/9781003203872>. {in English}
4. Gabe J., Bury M., Eleston A. *Key Concepts in Medical Sociology*. – London: Sage Publications, 2004. – 280 p. {in English}
5. Haynes R.B. Compliance in health care/ R.B. Haynes, D.W. Taylor, D. L. Sacket (Eds.) – Baltimore: John Hopkins University Press, 1979. – 516 p.
6. Howren M.B., Gonzalez J.S. Treatment adherence and illness self-management: introduction to the special issue. *J Behav Med*, 2016. – № 39(6). – P: 931-934. Doi: 10.1007/s10865-016-9804-0. {in English}
7. Васильєва І.В. Біоетика та біомедична етика / Теоретичні проблеми сучасної етики: навч. посіб. для студ. ВНЗ / Т.Г. Аболіна, І.В. Васильєва, А.М. Єрмоленко та ін. – К.: ВД «Авіцена», 2013. – 344 с., с. 195.
8. Васильєва І.В. Людина у релігійному вимірі: монографія. – К: Книга плюс – Херсон: ПП Кальченко, 2009 р. – 345 с
9. Гончаренко Н.В., Шматенко О.П., Тарасенко В.О., Румянцев Ю.В., Кожукару А.А. Організаційно-психологічні чинники в системі фармацевтичної діяльності / Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л. Шупика, 32/2018. – С. 264-273.
10. Девіняк О.Т. Вплив характеристик лікарського препарату на комплаєнс / О.Т. Девіняк, Р.В. Гуцул, С.О. Зінько, В.М. Вайс // Науковий вісник Ужгородського університету. Сер. : Медицина, 2013. – № 3(48). – С. 43-48. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UNUMED_2013_3_11.
11. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. 354 Біоетика та біобезпека: Підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. — К.: Здоров'я, 2013. – 456 с. Режим доступу: <https://files.odmu.edu.ua/lekcii/bioetika.pdf>
12. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник (ВНЗ IV р.а.). – Харків: – 2-е вид., 2018. – 240 с.
13. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992, № 2801-ХІІ. Ст: 39. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
14. Слепченко Н.С., Дмитрієв К.Д. Прихильність до лікування: методи її покращення при інгаляційній терапії бронхіальної астми. Український пульмологічний журнал, 2018, №2. – С.53-60. DOI: 10.31215/2306-4927-2018-100-2-53-60.
15. Турак Й.А. Етичні та правові засади медичного втручання: з погляду лікаря-практика. — Ужгород: ВАТ «Видавництво «Закарпаття», 2002. — 192 с.
16. Шестопалова Л.Ф., Кожевнікова В.А., Бородавко О.О. Умови і закономірності формування комплаєнсу хворих на неврологічні та психічні розлади (психологічний аналіз). Медична психологія, 2015, Т. 10, № 1. – С. 3-7. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2015_10_1_3.

Doctor of Philosophical Sciences, Professor **Iryna Vasilieva**,
Senior Lecturer **Olha Nechushkina**,
PhD, Senior Lecturer **Anna Laputko**, Lecturer **Serhii Kiriienko**
Bogomolets National Medicine University

COMPLIANCE ISSUES IN THE CONTEXT OF BIOETHICAL DISCOURSE

The issue of compliance in medicine is being explored in the context of a bioethical approach, in particular, the transition from paternalism to autonomous models of relationships between a doctor and a patient, the doctrine of informed consent. Based on the research of the survey conducted by the authors, and the review of publications by domestic and foreign scientists, various factors affecting the reduction of patient's adherence to treatment, in particular, to taking pharmaceutical preparations, were analyzed. The following types of non-compliance of patients as «reasonable adherence», «uninformed adherence», «situational adherence» are separated and considered. The phenomenon of compliance has been examined in dynamics, in the context of possible contradictions between different types of patient life practices. The complexity and the multifactorial nature of the compliance phenomenon indicate the necessity of applying a comprehensive approach, particularly within bioethics, interdisciplinary direction of modern knowledge and social practice.

Keywords: compliance; adherence; doctor; patient; pharmaceutical preparation; autonomous models of relations between the doctor and patient; informed consent.

REFERENCES

1. Bailey R., English J., Knee C., Keller A. Treatment Adherence in Integrative Medicine-Part One: Review of Literature. *Integr Med (Encinitas)*, 2021. - №20(3). – P.48-60. Available at:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8325505/>
2. Burkhart P.V., Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh*, 2003. - № 35(3). – 207 p. {in English}
3. Cockerham William C. *Medical Sociology*. – New York: Routledge: Taylor & Francis, 2021. – №15. – 454 p. Available at: <https://doi.org/10.4324/9781003203872>. {in English}
4. Gabe J., Bury M., Eleston A. *Key Concepts in Medical Sociology*. – London: Sage Publications, 2004. – 280 p. {in English}
5. Haynes R.B. *Compliance in health care*/ R.B. Haynes, D.W. Taylor, D. L. Sacket (Eds.) – Baltimore: John Hopkins University Press, 1979. – 516 p.

6. Howren M.B., Gonzalez J.S. Treatment adherence and illness self-management: introduction to the special issue. *J Behav Med*, 2016. – № 39(6). – P: 931-934. Doi: 10.1007/s10865-016-9804-0. {in English}
7. Vasylieva I.V. Bioetyka ta biomedychna etyka [Bioethics and biomedical ethics] / Teoretychni problemy suchasnoi etyky: navch. posib. dlia stud. VNZ / T.H. Abolina, I.V. Vasylieva, A.M. Yermolenko ta in. – K.: VD «Avitsena», 2013. – 344 p, p. 195.
8. Vasylieva I. [The man in religious measure: monograph]. K: Knyha plus – Kherson: PP Kalchenko. 2010. – 345 p. {in Ukrainian}
9. Honcharenko N.V., Shmatenko O.P., Tarasenko V.O., Rumiantsev Yu.V., Kozhukaru A.A. Orhanizatsiino-psykholohichni chynnyky v systemi farmatsevychnoi diialnosti [Organizational and psychological factors in the system of pharmaceutical activity]/ *Zb. nauk. prats spivrobit. NMAPO imeni P.L. Shupyka*, 32/2018. – P. 264-273.
10. Devinyak O.T., Hutsul R.V., Zin'ko S. O., Vais V.M. [The impact of drug characteristics on compliance]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu, seriia «Medytsyna»*. 2013. – 3(48). – P. 43-48. {in Ukrainian}
11. Zaporozhan V.M., Aryaev M.L. [Bioethics: a textbook]. Kyiv. 2013. 456 p. {in Ukrainian}. Available at: <https://files.odmu.edu.ua/lekcii/bioetika.pdf>
12. Kovaleva O.M., Safargalina-Kornilova N.A., Gerasimchuk N.M. [Deontology in medicine: a textbook (University of the IV year)]. K: VSV «Medytsyna», 2018. – 240 p. {in Ukrainian}
13. Fundamentals of legislation of Ukraine on health care: Law of Ukraine no 19.11.1992 № 2801-XII {in Ukrainian}. St: 39. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
14. Slepchenko N.S., Dmytriiev K.D. [Adherence to treatment: methods of its improvement in the inhalation therapy of bronchial asthma]. – 2018, 2. – P. 53-60. DOI: 10.31215/2306-4927-2018-100-2-53-60. {in Ukrainian}
15. Turak Y.A. [Ethical and legal principles of medical intervention: from the point of view of a practicing physician]. Uzhhorod: VAT «Vydavnytstvo «Zakarpattia». 2002. 192 p. {in Ukrainian}
16. Shestopalova L.F., Kozhevnikova V.A., Borodavko O.O. [Terms and regularities of compliance formation in patients with neurological and mental disorders (psychological analysis)]. *Medychna psykholohiia* 2015. 10(1):3-7. {in Ukrainian}. Available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2015_10_1_3.