

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

---

**Кафедра общей и клинической психологии**

Председатель ГАК д.пс.н., профессор  
Соловьева С.Л. \_\_\_\_\_

Зав. кафедрой общей и клинической  
психологии, д.пс.н., профессор  
Исаева Е.Р. \_\_\_\_\_

Дипломная работа на тему:

**Роль личности врача в формировании приверженности лечению  
пациентов**

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнила:  
Студентка 6 курса  
лечебного факультета  
Корякина Дарья Дмитриевна  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Научный руководитель:  
к.пс.н., доцент кафедры  
общей и клинической психологии  
Ситкина Евгения Владимировна  
\_\_\_\_\_ (подпись)

г. Санкт-Петербург  
2023

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
1. ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТА И ЕГО ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА НА ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЕНСА И ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ.....	6
1.1 Специфика отношений врач-пациент.....	6
1.2 Понятие комплаенса и приверженности к лечению .....	9
1.3 Понятия внутренней картины и отношения к болезни .....	13
1.4 Личность врача и уровень комплаенса .....	19
1.5 Личность пациента, отношение к болезни и уровень комплаенса .....	22
1.6 Возможные направления повышения эффективности взаимодействия врача и пациента.....	23
2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	28
2.1 Характеристика дизайна исследования.....	28
2.2. Характеристика методов проведения исследования .....	30
2.3 Характеристика выборки .....	33
3. ОПИСАНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ .....	36
3.1. Описательная статистика .....	36
3.2. Описание корреляционных связей.....	47
3.2.1. Анализ взаимосвязей между индивидуально-личностными характеристиками врачей (основные факторы), уровнем комплаентности и типом отношения к болезни пациентов .....	50

3.2.2 Анализ взаимосвязей между индивидуально-личностными характеристиками врачей (личностные компоненты) и типом отношения к болезни их пациентов .....	56
3.3. Сравнение взаимосвязи схожести/различности личностных профилей врачей и пациентов с их уровнем комплаентности и отношением к болезни	63
4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	70
ВЫВОДЫ.....	78
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	79
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	80
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	81
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	91

## ВВЕДЕНИЕ

Тема приверженности лечению и возможности повышения её уровня является актуальной в рамках работы с пациентами любой нозологии. Ведь, несмотря на стремительное развитие терапии и фармакологии, низкий уровень комплаенса пациентов в значительной степени снижает эффективность получаемого лечения. Особенно остро данный вопрос встал в связи со сменой ведущей парадигмы взаимоотношений врач-пациент с патерналистской на коллегиальную и контрактную: теперь, когда ответственность за результат лечения разделяется в равной степени между врачом и пациентом, особенно критичным становится формирование у больного понимания своей зоны ответственности в рамках терапии, информированности о необходимых изменениях и возможных рисках, а также мотивации на соблюдение полученных рекомендаций.

Исследования свидетельствуют о том, что на формирование приверженности лечению оказывают влияние множество факторов, касающихся как характеристик самого пациента (психологические особенности, уровень информированности о заболевании, уровень образования и т. д.) и его диагноза (продолжительность и выраженность симптомов, прогноз и т. д.), так и характеристик его лечащего врача и назначаемой терапии. В сочетании с наблюдаемой в настоящее время тенденцией к персонализации медицины представляется актуальным изучение взаимосвязи психологических характеристик лечащих врачей и их пациентов с приверженностью лечению с целью выявления возможных сочетаний между индивидуально-личностными особенностями пациента и его лечащего врача, способствующих формированию высокого уровня комплаенса.

**Гипотеза исследования:**

Существует достоверная взаимосвязь между индивидуально-личностными особенностями лечащих врачей, приверженностью лечению и отношением к болезни их пациентов.

**Цель исследования:**

Изучение индивидуально-личностных особенностей врачей и пациентов, взаимосвязанных с приверженностью лечению

**Задачи:**

1. Изучить взаимосвязь между индивидуально-личностными характеристиками пациентов и уровнем комплаенса.
2. Изучить взаимосвязь между индивидуально-личностными характеристиками врачей, уровнем комплаенса и отношением к болезни их пациентов.
3. Изучить взаимосвязь схожести личностных профилей врачей и пациентов с уровнем комплаентности и типом отношения к болезни

**Предмет исследования:** индивидуально-личностные особенности врачей и пациентов, приверженность лечению.

**Объект исследования:** пациенты неврологического, кардиологического и нефрологического отделений и их лечащие врачи.

В рамках данной работы были использованы следующие **психодиагностические методики:**

1. Пятифакторный опросник личности (5PFQ (сост. Хийджиро Теуйн) в адаптации А. Б. Хромова)
2. Методика оценки уровня комплаентности (Р. В. Кадыров)
3. «Тип отношения к болезни» (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова)

# 1. ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТА И ЕГО ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА НА ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЕНСА И ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

## 1.1. Специфика отношений врач-пациент

Фигура врача во все времена и вне зависимости от культурного контекста ассоциировалась с особой значимостью и авторитетом. Специфика взаимодействия пациента с медицинском персоналом всегда характеризовалась наличием особой зависимости с одной стороны, и высокой степени ответственности с другой. Здоровье, как и, соответственно, излечение от болезни, являются исключительно актуальными аспектами в жизнедеятельности каждого человека, и взаимодействие с врачами сопровождает нас буквально на протяжении всей жизни — с момента появления на свет и до последних её дней. В настоящее время, с развитием представлений о влиянии психологических аспектов на здоровье человека, особое внимание уделяется изучению взаимоотношений врача и пациента и поиску возможных путей повышения их эффективности.

В процессе развития медицины трансформировалась также и ведущая парадигма восприятия роли врача и пациента в терапии. Американский философ и специалист по биоэтике Р. Витч разработал модель базисных вариантов взаимоотношений врача и пациента, выделив следующие варианты (Veatch R. M., Spicer C. M., 1993):

1. Патерналистская (пасторская) модель представляется наиболее ранней формой взаимоотношений врача и пациента. В ней врач выступает, говоря образно, в качестве заботливого отца (или пастора), а пациент, в свою очередь, покорно выполняет все получаемые наставления и рекомендации. С этической точки зрения данная модель представляется допустимой, так как базируется на субъектных отношениях и эмпатии со

стороны медицинского персонала. Однако, в современных реалиях, подобный тип взаимодействия теряет свою актуальность, поскольку, с одной стороны, сталкивается с десакрализацией фигуры врача и медицинского знания в целом и, с другой стороны, не соответствует современным представлениям о необходимости активного участия пациента в процессе лечения (Лядова А. В., Лядова М. В., 2019).

2. Инженерная модель характеризует врача в первую очередь в качестве учёного-исследователя, беспристрастного и опирающегося исключительно на факты. Пациент же в рамках данной модели воспринимается как «биологическая машина», требующая обнаружения неисправности и её устранения. С одной стороны, подобный подход отличается стремлением к высокой степени объективации и концептуальной близостью с идеалами доказательной медицины. В рамках формализации взаимодействия с пациентами у некоторых врачей также может присутствовать ощущение, что дистанцирование и ориентация на данные фактических исследований не только сохраняет их авторитет и экспертность (что особенно критично в актуальную эпоху всеобщей медиализации), но и способствует предотвращению развития у них эмоционального выгорания (Сокольчик В. Н., 2016). Однако, многочисленные исследования демонстрируют обратное: эмоциональное дистанцирование и обесценивание личности пациентов способствует развитию выгорания у медицинских работников (Paiva C. E. et al, 2018; Kumar S., 2016; Несын В. В., Несына С. В. 2019; Сорокин Г. А. и др., 2018).

Некоторые врачи расценивают подобную модель как обесценивание своего мастерства. Так, известный американский кардиолог Б. Лаун на пороге новой эпохи отметил: «Трехтысячелетняя традиция нерушимого доверия между

пациентом и врачом уступила место новому виду отношений. На место исцеления явилась сумма манипуляций: менеджмент вытеснил заботу о больном, искусство выслушать страждущего уступило место медицинским технологиям. Доктора больше не адресуются к личности больного – они озабочены фрагментарными, «не так работающими» биологическими системами и органами. Сам человек «выключен» из игры, его как бы нет на сцене...» (Лаун Б., 1998).

3. Коллегиальная модель предполагает тесное сотрудничество врача и пациента в процессе терапии, их совместное стремление к достижению наилучшего результата. В целом данная модель согласуется с представлениями о формировании высокого уровня комплаенса у пациента. Однако, при более широком рассмотрении вопроса, возникает понимание того, что далеко не всегда возможно формирование общей цели с обеих сторон, особенно когда речь идёт о работе с пациентами детского возраста, пациентами с ограниченными возможностями здоровья и пациентами с низким уровнем мотивации лечения (Семина Т. В., 2021).
4. Модель контрактного типа предполагает соблюдение обеими сторонами определённых правил взаимодействия, включающих обязанности и выгоды. Понятие «контракт» в данном случае служит в качестве иллюстрации специфики взаимодействия, однако может предполагаться и создание фактических договорных отношений.

Сам автор классификации Р. Витч утверждает, что именно коллегиальный и контрактный варианты взаимодействия представляются наиболее оптимальными в реалиях современного общества (R. Veatch, 1987). Однако, важно отметить, что, если речь идёт о стремлении к формированию работы в рамках коллегиальной модели, возрастает актуальность таких проблем как повышение уровня медицинской грамотности и научной ориентированности населения с



одной стороны, и внесение изменений в программы подготовки медицинского персонала с другой. Необходимо проведение дополнительной подготовки врачей в рамках психологических, этических и юридических аспектов, формирование системного-личностного и психосоматического взгляда на пациента.

В случае же применения контрактной модели «бремя ответственности» распределяется между врачом и пациентом: отечественные исследования демонстрируют что многие больные, особенно пребывающие на стационарном лечении, к подобному формату взаимодействия оказываются неготовыми (Николаева В. В., 2016).

Современные реалии накладывают отпечаток на трансформацию и восприятия населением сферы медицины в целом, и отношения к медицинскому персоналу в частности. Основные причины данных изменений – повышение доступности медицинской информации, высокий уровень коммуникации между пациентами (в онлайн-формате, в частности), коммерциализация медицины и формализация медицинской практики (Решетников А. В., 2012). В связи с этим актуализируется понимание того, что на специфику взаимодействия врача и пациента влияют не только индивидуальные факторы, но и происходящие в обществе глобальные социокультурные изменения.

## **1.2. Понятие комплаенса и приверженности к лечению**

Если рассматривать русскоязычные источники, посвящённые проблеме комплаенса, во многих статьях термины «комплаенс» и «приверженность к лечению» представляются семантически близкими, в некоторых случаях до степени взаимозаменяемости. Однако, при анализе зарубежных (в частности – англоязычных) источников появляется возможность не только уточнить концептуальную разницу данных понятий, но и проследить их

хронологическую сменяемость в рамках научных «трендов» (Лукина Ю. В. et al, 2017).

Так, первым в научной литературе, ещё в 1967 году, появилось понятие «compliance» (в букв. переводе – «податливость»), отражающее, главным образом, механический аспект пребывания пациента в терапии, а именно – степень, в которой поведение пациента соответствует рекомендациям врача (Slavin M., 1967; Sabaté E. et al., 2003). Далее, в связи с постепенным отказом от патерналистской модели взаимодействия врача и пациента, возникла потребность трансформации понятия комплаенса в термин, отображающий построение в процессе терапии партнёрских отношений. В результате в сфере изучения взаимодействия врач-пациент начал обретать популярность термин «concordance» (в букв. переводе – «согласие»), предполагающий включение в понятие комплаенса психологической готовности пациента к соблюдению рекомендаций, его сознательное участие в терапии. В контексте данного термина роль врача трактуется в качестве поддерживающей, таким образом смещая акцент среди действующих лиц в процессе лечения с врача на самого пациента (Horne R. et al., 2005). В настоящее же время наиболее используемым в тематической литературе является понятие «adherence», отображающее степень соблюдения разнообразных врачебных рекомендаций, то есть приверженность пациента к лечению. При этом, в контексте описания продолжительности соблюдения пациентом полученных рекомендаций, применяется также термин «persistence» (в букв. переводе – «настойчивость») (Cramer J.A., Roy A., Burrell A., et al., 2008).

Таким образом, концептуальный анализ рассматриваемых выше терминов позволяет прийти к выводу, о том, что понятие приверженности к лечению представляется более близким к биопсихосоциальному взгляду на человека в болезни, нежели термин комплаенс, оценивающий пациента в качестве,

главным образом, реципиента медикаментозной терапии. Однако, Национальный координационный центр Великобритании (National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation, NCCSDO), ровно как и многие зарубежные (Nunes V., Neilson J., Flynn N., 2009) и отечественные специалисты, полагают, что в рамках прикладного употребления понятия «приверженности лечению» и «комплаенса» являются взаимозаменяемыми (Пиманов С. И., Дикарева Е. А., Макаренко Е. В., 2014; Соколова Т. В., Давиденко М. С., Малярчук А. П., 2020) . Разделяя эту точку зрения, автор работы в дальнейшем также будет использовать упомянутые понятия в качестве синонимов, подразумевая заинтересованность пациента в лечении и степень соблюдения им врачебных рекомендаций.

Сама проблема определения уровня комплаенса и поиска путей его увеличения является чрезвычайно актуальной по причине того, что несмотря на выдающиеся достижения современной фармакологии и медицины, несоблюдение рекомендации врачей приводит к выраженному снижению эффективности лечения, что в некоторых случаях приводит не только к снижению уровня качества жизни пациентов, но и к серьёзным осложнениям течения болезни (Ситкина Е. В. et al, 2017). Результаты же крупного метаанализа исследований больных различными соматическими заболеваниями, свидетельствуют о том, что хорошая приверженность к лечению, в свою очередь, сопровождается валидным снижением общей смертности (WHO, 2003). Однако, несмотря на значимость комплаенса в эффективности терапии, статистика по данному вопросу неутешительна: исследования демонстрируют средний уровень приверженности лечению в 30–70% (Nunes V, Neilson J, Flynn N., 2009; Белоусов Ю. Б., Моисеев В. С., Лепяхин В. К., 1997), в то время как оптимальным считается показатель в 80-100% (Чукаева И. И., 2012).

В процессе поиска путей повышения уровня комплаенса среди населения, исследователи стремятся выделить факторы, влияющие на приверженность лечению: в настоящее время в литературе насчитываются описания порядка 200 подобных показателей (Wa van der MH, Jaarsma T., 2008). Группа отечественных учёных под руководством С. И. Пиманова выделила следующие группы наиболее значимых факторов (Пиманов С. И., Дикарева Е. А., Макаренко Е. В., 2014):

1. Личностно-психологические особенности пациента: гендерные характеристики, этническая принадлежность, образование, сохранность личности, убеждения, отношение к жизни как к ценности, вера в будущее, отношение к медицине и лечению, способность понять назначения врача, знание о последствиях заболевания, методах его лечения и прогнозе.
2. Общественно-экономические: система здравоохранения в стране, уровень жизни общества и социальной группы, к которой принадлежит пациент, менталитет общества.
3. Социально-экономические особенности пациента: социально-экономический статус, референтные ценности и мировоззрение, уровень дохода, стоимость лечения.
4. Клинические проявления основного заболевания, на которое нацелено лечение: наличие сопутствующих заболеваний, их общее количество.
5. Личность врача: авторитет, квалификация, коммуникативные навыки;
6. Особенности лекарственного средства: информация о нём, знание правил его приёма, форма, дозировка, кратность приёма, сложность схемы лечения, переносимость, побочные явления от приёма и вкус препарата

В приведённой классификации можно отметить наличие как косных факторов, не поддающихся корректировке в процессе терапии (например, присутствие сопутствующих заболеваний, уровень дохода пациента), так и

относительно лабильных показателей, таких как, например, коммуникативная компетентность врача и информированность пациента о своём диагнозе. Информация о статистической значимости влияния показателя комплаенса на эффективность терапии в сочетании с присутствием факторов, потенциально доступных коррекции, позволяет прийти к выводу о необходимости дальнейшего изучения темы комплаенса и апробирования возможных методов влияния на приверженность лечению.

### **1.3. Понятия внутренней картины и отношения к болезни**

Описание феноменов внутренней картины болезни (ВКБ) и отношения к ней является одним из ключевых направлений отечественной научных изысканий в сфере анализа человека в болезни. По мнению Е. В. Громыко и Э. А. Соколовой, в процессе развития представлений о ВКБ можно выделить одиннадцать этапов (Громыко Е. В., Соколова Э. А., 2012):

1. Начало изучения концепта в рамках целостного подхода к рассмотрению болезни и пациента;
2. Выделение современного термина;
3. Личностный подход понимания ВКБ;
4. Выделение структуры ВКБ, моделирование ВКБ;
5. Выделение типов реакций на болезнь;
6. Выделение типов отношения к болезни;
7. Выделение факторов, влияющих на ВКБ;
8. Изучение ВКБ при соматической патологии;
9. Изучение ВКБ при психической патологии;
10. Изучение ВКБ у амбулаторных и стационарных больных;
11. Изучение возможностей работы с ВКБ

Разработка актуального и в наше время представления о феномене ВКБ принадлежит Р. А. Лурия, который, развив идею А. Гольдшейдера об

«аутопластической картине болезни» (1929), сформулировал, что ВКБ представляет собой всю совокупность ощущений и тревог больного, его общее самочувствие и переживание симптомов, его представление о причинах и исходе заболевания, о терапевтическом процессе в целом. Таким образом, ВКБ представляется в качестве сложного психологического феномена, включающего в себя сочетания восприятия и ощущения, эмоций и конфликтных переживаний (Лурия Р. А., 1977).

Одним из важных направлений исследований в контексте изучения ВКБ является создание типологии видов отношения к болезни. При этом, на данный момент отсутствует единое мнение относительно того, что вносит больший вклад в формирование определенного типа отношения к болезни, характеристики болезни или же особенности самого пациента (Бакина Ю. А., Богусhevская Ю., 2019). А. Хулек в качестве факторов, оказывающих влияние на формирование реакции на болезнь, выделил: наличие инвалидности и возраст её получение, продолжительность болезни и тяжесть симптомов, уровень интеллектуального развития и личностные особенности пациента (Hulek A., 1969). Большую распространённость среди психологов стран СНГ получила классификация типов отношения к болезни, предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым, в рамках которой рассматриваются 12 типов (Личко А. Е., Иванов Н. Я., 1980):

1. Гармоничный тип представляется наиболее желательным вариантом, поскольку характеризуется формированием у пациента наиболее соответствующего действительности представления о заболевании и сохранении оптимизма в отношении текущего лечения и дальнейших перспектив. Как правило, пациенты с данным типом характеризуются высоким уровнем комплаенса.

2. Анозогнозический тип предполагает недостаточность внимания пациента к факту наличия у него болезни, вплоть до полного отрицания диагноза. Симптомы при этом объясняются как незначительные или естественные колебания самочувствия. В таком случае часто наблюдается несоблюдение врачебных рекомендаций в силу игнорирования текущего дискомфорта и возможных последствий.
3. Эргопатический тип выражается в виде фокусировании пациента на своей рабочей деятельности, иногда даже более выраженном, чем до появления диагноза. Стремление сохранить эффективность и профессиональные навыки в данном случае может послужить опорой для формирования устойчивого комплаенса.

Описанные выше типы объединяются в Первый блок, характеризующийся отсутствием существенной психической и социальной адаптации.

Второй блок демонстрирует интрапсихическую реакцию на болезнь и характеризуется, в связи с этим, нарушением социальной адаптации. В него включают тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический и неврастенический типы.

4. Тревожный тип предполагает повышенную мнительность в отношении течения заболевания, его последствий и принимаемой терапии. Высокая тревожность негативно влияет не только на настроение и психическую активность пациента, но и на уровень его комплаенса: как правило, такие пациенты часто меняют врачей и методы лечения.
5. Ипохондрический тип характеризуется фиксацией пациента на неприятных и болезненных симптомах, связанных с заболеванием. При этом часто происходит гиперболизация как ощущений, связанных с болезнью, так и побочного действия лекарственных препаратов, что в значительной степени снижает уровень комплаенса: пациенты с данным

типом часто не верят в успех лечения и пребывают в постоянном поиске новых врачей и процедур обследования.

6. Меланхолический тип отношения к болезни связан с выраженным пессимизмом в восприятии своего состояния и перспектив лечения. Пациенты с данным типом могут отказываться от лечения в принципе, считая всё бесполезным, а также демонстрировать депрессивные и суицидальные тенденции.
7. Апатический тип демонстрируется безразличием пациента к своей судьбе, отсутствием заинтересованности в лечении и выздоровлении. Следование терапии возможно только в случае активного побуждения со стороны.
8. Неврастенический тип характеризуется главным образом «раздражительной слабостью» – в поведении пациента наблюдаются аффективные вспышки (связанные, как правило, с переживанием неприятных симптомов), сменяющиеся раскаянием и угрызениями совести. В рамках терапии это сказывается на снижении толерантности к побочным эффектам лекарств, болезненным процедурам. Пациент демонстрирует выраженную нетерпеливость в отношении наступления положительной динамики при лечении.

Третий блок характеризуется типами, связанными с интерпсихической (внешней) направленностью реакции на болезнь, также ведущей к социальной дезадаптации. В него включают сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы.

9. Сенситивный тип характеризуются высоким уровнем обеспокоенности социальными последствиями заболевания, общественным мнением по поводу диагноза и его проявлений. Данные факторы могут негативно влиять на эмоциональное самочувствие пациента и уровень его активности.



10. Эгоцентрический тип связан с демонстративностью в контексте переживания болезни – диагноз для пациентов с данным типом становится источником вторичных выгод и оправданием требований в получении повышенного внимания. Комплаенс у данной категории пациентов как правило низкий, в связи с непрогнозируемостью их действий и эмоциональной нестабильностью.
11. Паранойяльный тип характеризуется убежденностью в том, что болезнь – это результат влияния каких-то внешних причин, в частности – чьего-то злого умысла. Высокая подозрительность пациентов с данным типом распространяется в том числе и на медицинский персонал, что значительно снижает потенциал их продуктивного участия в терапии.
12. Дисфорический тип проявляется гневливо-мрачным настроением, озлобленностью в отношении окружающих. Часто наблюдается обвинение в своей болезни других людей, требовательное отношение к родственникам и медицинскому персоналу. Пациенты с данным типом отношения к болезни часто демонстрируют скандальное поведение, что особенно осложняет ситуацию стационарного лечения.

Определение типа отношения к болезни пациентов в сочетании с диагностикой свойственного для них уровня комплаенса представляется не только важным материалом при описании контингента отдельных нозологий. Данные показатели могут выступать и в качестве навигатора для дальнейшей деятельности медицинского персонала и клинических психологов, способствуя формированию более индивидуализированного и, как предполагается, более эффективного терапевтического вмешательства (Данилов Д. С., 2014).

При анализе феноменов ВКБ и ОКБ сложно не отметить низкий уровень представленности данных понятий в зарубежных исследованиях. В настоящее время высокую степень актуальности, среди западных коллег в частности,

демонстрируют исследования феномена качества жизни (КЖ) в контексте изучения влияния болезни на жизнедеятельность и самоощущения человека (Andrews F. M., Withey S. B., 2005; Rezvani M. R., Mansourian H., 2018). ВОЗ определяет КЖ как «индивидуальное соотношение человеком своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства» (The WHOQOL Group, 1995). В отличие от феномена ВКБ, КЖ представляется междисциплинарным понятием, обеспечивающим, в том числе по мнению ВОЗ, биопсихосоциальный взгляд на проблему пациента в условиях лечебного процесса (Новик А.А., Ионова Т. И., 2006). Однако, прикладной характер термина КЖ (ориентированность на использование в популяционных исследованиях, процедурах стандартизации терапии и оценки её эффективности) во многом объясняет недостаточность отражения многомерного психологического компонента, характерного для феномена ВКБ. В то время как ВКБ описывает специфику пребывания данного человека в данной болезни на разных её уровнях, учитывая, в то же время, существующие взаимосвязи, КЖ представляется понятием, фокусирующемся на адаптационном компоненте жизнедеятельности человека и его субъективном уровне удовлетворённости актуальной жизненной ситуацией. Таким образом, в рамках системного подхода ВКБ можно рассматривать в качестве макросистемы по отношению к КЖ, и, соответственно, представляется более актуальным изучение именно данного феномена в контексте психологических исследований пациентов в болезни (Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Федорова В. Л., 2008).

#### 1.4. Личность врача и уровень комплаенса

Изучение влияния личностных особенностей врача на уровень комплаенса пациентов сфокусировано главным образом в следующих сферах:

1. Влияние коммуникативной компетентности врача.
2. Влияние уровня эмпатии врача.

Многие исследователи полагают, что формирование эффективного взаимодействия диады врач-пациент буквально невозможно вне сформированности у специалиста навыков коммуникативной компетентности (КК) (Сорокоумова С. Н., Исаев В. П., 2013; Hesse C., Rauscher E. A., 2019; Ward P., 2018). Эффективность коммуникации характеризуется способностью решения проблем её участников с максимально оптимальными затратами и достижением взаимопонимания (Орлов Ф. В., 2009), КК же, таким образом, можно обозначить в качестве личностного инструмента достижения данных целей. По мнению Н. В. Яковлевой, КК врача является составляющей общей психологической компетентности, позволяющей осуществляться самостоятельной интеграции отдельных частей профессиональной деятельности специалиста в единую систему (Яковлева Н. В., 1994). В рамках же принятого в настоящее время компетентностного подхода в сфере образования медицинского персонала КК относится к перечню надпрофессиональных (ключевых) компетенций врача (Романцов М. Г. et al, 2013). Таким образом, необходимость формирования у врачей КК признаётся не только на уровне психологических исследований, но и в рамках практической регуляции образовательной деятельности будущих врачей.

В рамках данной темы также осуществляются исследования корреляций между психологическими характеристиками личности врача и их уровнем КК. Так, исследования демонстрируют, что с высоким уровнем КК врача связаны такие аспекты его личности как развитая аффилиация и оптимальная

сенситивность к отвержению (Коломейчук А. В. et al, 2014). В свою очередь, такие характеристики как высокий уровень тревожности, депрессивность и выраженная интровертированность коррелируют с низким уровнем КК (Ледванова Т. Ю., Коломейчук А. В., 2015).

Эмпатия в настоящее время практически единогласно представляется качеством, необходимым для специалистов в сфере медицины. Неугасающий в последние 15 лет интерес к теме эмпатии в медицинской практике демонстрируется большим количеством исследований по данной теме (Eby D., 2018). Систематический обзор литературы приходит к выводу о том, что «...эмпатия является важным фактором формирования высокого уровня комплаенса пациентов и их удовлетворенности лечением, способствует снижению их тревожности и дистресса, улучшает диагностические и клинические результаты, а также расширяет возможности активного участия пациентов в терапии» (Derksen F., Bensing J., Lagro-Janssen A., 2013). Отмечается положительное влияние присутствия данного фактора и на самих врачей: эмпатия повышает уровень удовлетворённости медицинского персонала собственной деятельностью и снижает вероятность развития у него синдрома эмоционального выгорания (Stone J., 2016; Haque M. et al, 2019). Однако, на практике уже на этапе обучения будущих профессионалов делается акцент на развитии умения абстрагироваться от собственных эмоций, и, соответственно, и эмоций пациентов. Постоянное соблюдение баланса между чрезмерным присоединением и полным равнодушием представляется проблемной задачей, которая к тому же осложняется высоким уровнем нагрузки, с которым сталкивается медицинский персонал, жесткими временными ограничениями и ситуациями повышенного стресса (Kerasidou A., Horn R., 2016). Также важным аспектом представляется комплексность самого феномена эмпатии, включающего в себя когнитивный (понимание своих и чужих эмоций),

аффективный (сопереживание и сочувствие) и поведенческий уровни (Захарова Е. А., Ежова Ю. М., Раков Н. А., 2019). То есть, в рамках терапевтического взаимодействия специалист должен демонстрировать не только компетентность в понимании и верной интерпретации эмоций своих пациентов, но и иметь возможность к искреннему сопереживанию и понятной демонстрации своего сочувствия окружающим.

В связи с этим возникает вопрос: является ли уровень эмпатии специалиста преимущественно личностным качеством, или же, будучи навыком, поддаётся совершенствованию и тренировке? Единой позиции по данному вопросу в научном сообществе нет. Исследования личностных качеств студентов-медиков и их дальнейшей профессиональной эффективности косвенно свидетельствуют о том, что уровень эмпатии во многом предопределяется личностными характеристиками человека (Плотникова И. Е. et al, 2016; Quince T. et al., 2016; Andersen F. A. et al., 2020). С другой стороны, существует множество свидетельств эффективности различных воздействий, направленных на формирование эмпатии у медицинского персонала (Batt-Rawden S. A. et al., 2013; Samra R., 2018; Insel T. R., 2019). Однако, важно отметить, что подобные программы нацелены на работу с когнитивным и поведенческим уровнями эмпатии: способность воздействовать на её аффективный компонент едва ли является изученной.

В целом проблематика влияния личности врача на уровень комплаенса его пациентов представлена, главным образом, в рамках изучения социально-ориентированных характеристик личности; более базовые аспекты, такие как, например, интроверсия/экстраверсия или локус контроля, выступают в качестве предмета исследований значительно реже.

### **1.5. Личность пациента, отношение к болезни и уровень комплаенса**

Преобладание в современной медицине представления о необходимости трансформации взаимодействия врач-пациент в сторону контрактной и коллегиальной моделей придаёт особую актуальность вопросу о влиянии личности пациента на его приверженность лечению.

Анализ существующей тематической литературы не позволяет сформулировать единого представления по данной теме. Достоверно известно, что гармоничный тип отношения к болезни обеспечивает высокий уровень комплаенса пациента, а такие типы как эргопатический и анозогнозический, напротив, могут считаться предикторами низкого уровня приверженности лечению (Яковлева М. В., Щелкова О. Ю., 2014; Квасникова Ю. А. 2015; Щелкова О. Ю. и др., 2019).

Крупный систематический обзор, посвященный изучению связи между личностными чертами Большой пятёрки (Big five) и приверженностью лечению продемонстрировал, что на данном этапе нет достоверных данных для утверждения подобной взаимосвязи. Однако, исследователи говорят о демонстрации корреляций между уровнем комплаенса и такими чертами личности пациентов как невротизм и сознательность (Driesenaar J. A. et al., 2018). Впрочем, подобные результаты не говорят о безнадёжности исследований в данном направлении, поскольку необходимо учитывать разнообразие подходов к определению комплаенса (главным образом, различающихся большей или меньшей степенью учёта психологического аспекта) и, соответственно, изучающих его методик. Также важно отметить, что исследований, посвящённых связи показателей Большой пятёрки и типом отношения к болезни обнаружено не было, вероятно, в связи с тем, что феномен типа отношения к болезни не столь активно изучается за рубежом, в то время

как русскоязычные исследователи гораздо реже пользуются Большой пятёркой, чем их западные коллеги.

Таким образом, тема взаимосвязи личности пациента, типа отношения к болезни и уровня комплаенса представляется недостаточно изученной и нуждается в дальнейшем проведении исследований.

## **1.6. Возможные направления повышения эффективности взаимодействия врача и пациента**

Анализ представленной выше информации позволяет сделать вывод о том, что проблема повышения уровня эффективности взаимодействия врача и пациента не теряет актуальности и в настоящее время, что в том числе связано с крупными изменениями в общественной жизни в целом, напрямую затрагивающих и сферу здравоохранения. Исходя из существующих точек потенциального влияния, можно сформулировать следующие направления работы:

### 1. Повышение уровня медицинской грамотности населения

Переход от патерналистской к коллегиальной и контрактной моделям взаимодействия врача и пациента предполагает необходимость формирования у населения активной позиции относительно собственного здоровья. Во многом данный фактор предполагает естественное развитие, связанное с микро- и макросоциальными процессами, однако активное содействие со стороны таких социальных институтов как образовательные учреждения и СМИ может помочь ускорению и регуляции данного процесса. Формирование представления о здоровье как факторе личной ответственности и о медицинском персонале как о помощнике в его сохранении возможно уже на самых ранних этапах развития личности, организуя мероприятия по повышению медицинских знаний в образовательных учреждениях: детских садах и школах (Рожкова Е. В., 2018).

Необходимо также принимать во внимание актуальную ситуацию, связанную со спецификой самой информации о здоровье и заболеваниях. Сложность текущего положения дел заключается не столько в недоступности для населения профессиональных знаний, связанных с медициной, сколько в избытке неточной, противоречивой и вовсе антинаучной информации, которая может оказывать влияние не только на картину болезни пациента и уровни его приверженности к лечению и тревожности, но и препятствовать самому факту своевременного обращения к специалистам (или, наоборот, актуализировать ипохондрические тенденции человека). Повышение уровня медицинской грамотности населения может быть достигнуто путём создания надёжных общедоступных источников подтверждённой информации, поддержания возможности открытой коммуникации пациентов со специалистами и контроля за распространением информации, представляющей опасность для здоровья населения (Масленникова Г. Я., Оганов Р. Г., 2018).

## 2. Коррекция образовательных программ будущих медицинских работников

Несмотря на то, что, согласно принятому в России компетентностному подходу в сфере образования, в рамках обучения врача акцентируется внимание на формировании как непосредственно профессиональных, так надпрофессиональных компетенций, последним на практике уделяется значительно меньшее внимание (Митронин А. В., Куденцова С. Н., 2015). К ключевым надпрофессиональным компетенциям относят познавательная, эмоциональная, рефлексивная, личностная, ценностная сфера, сформированная профессиональная идентичность и профессиональная позиция и коммуникативная компетентность – именно они во многом оказывают влияние не только на удовлетворенность самого медицинского работника собственной деятельностью и снижение вероятности развития у него профессионального



выгорания, но и на способность построения эффективной коммуникации с пациентом, возможность сохранения отношения к больному с субъектной позиции (Каде А. Х., Занин С. А., 2013; Доника А. Д., 2010; Кудрявая Н.В., Анашкина Е. В., Валяева Д. В., 2015).

Формирование у будущих врачей образа пациента и терапии, соответствующего современным представлениям биоэтики, видится более эффективным, чем надежда на самостоятельное образование данных представлений в рамках практической деятельности (Казанцева Д. Б., 2009). При этом речь идёт не столько о кардинальном изменении актуальных учебных программ, сколько о некотором распределении акцентов со стороны преподавателей в рамках обучения общим дисциплинам. Данная задача может быть реализована благодаря обеспечению преподавательского состава консультаций со стороны специалистов в сферах медицины, психологии и педагогики.

На данный момент во многих учебных заведениях будущие врачи проходят дисциплины, связанные с психологией. На практике, однако, попытке обучения студентов актуальным психологическим знаниям препятствуют малое количество часов, отведённых для дисциплины и оторванность предоставляемой информации от реального практического применения, что значительно снижает мотивацию студентов-медиков к изучению предмета (Захарова Е. А., Ежова Ю. М., 2018). В сочетании с особенностями психического здоровья самих студентов медицинских учебных заведений, представляется актуальным уделение большего внимания психологическим дисциплинам в рамках учебного процесса, а также организация поддерживающих институтов (например, служб консультативной психологической помощи на базе университетов) для будущих врачей (Попов В. И., Судаков Д. В., Судаков О. В., 2019; Акименко Г. В., 2017).

### 3. Развитие у медицинских работников навыков эффективной коммуникации

Несмотря на распространённость мнения о том, что обучение навыкам эффективной коммуникации должно осуществляться ещё на этапе обучения будущих специалистов, на практике реализация программ по развитию у работников данных навыков происходит, как правило, уже на рабочем месте. Развёрнутость вмешательств может варьироваться от ознакомления персонала с техниками эффективной коммуникации до проведения полноценных тренинговых программ (Трушкина С.В., 2018; Крутий И.А., Молчанова Г. Б., 2020)

Важно отметить, что развитие коммуникативных навыков направлено не только на формирование эффективного контакта с пациентами, но и на улучшение качества взаимодействия между коллегами. Слаженность действий и демонстрация медицинскими сотрудниками единства мнений повышает уверенность пациента в назначенной терапии, а снижение процента конфликтных ситуаций на рабочем благоприятно влияет на удовлетворённость работников своей профессиональной деятельностью и их уровень психологического благосостояния.

### 4. Индивидуализация терапевтического процесса с учётом психологических особенностей пациентов

В настоящее время распространённой формой повышения приверженности лечению пациентов является организация на базе медицинских учреждений школ пациентов и проведение мотивационных интервью. Данные мероприятия расширяют возможности коммуникации между пациентом и персоналом медицинского учреждения, принимая во внимание особенности больного как личности и предвосхищая возможные риски, связанные с неготовностью к полному соблюдению рекомендаций врача (Бабин С., Шлафер

А., 2020; Олейчик И. В., Шишковская Т. И., Баранов П. А., 2021; Агранович Н. В. et al, 2018). Внедрение данных форм взаимодействия с пациентами во многом определяется наличием в штате готовых к организации данных видов деятельности специалистов (в идеале – клинических психологов), представляемыми перед ними задачами со стороны руководства и уровнем их занятости и компетентности. И несмотря на то, что и школа пациентов, и мотивационное интервью подтверждают в многочисленных исследованиях свою эффективность в рамках улучшения комплаентности пациентов различных нозологий, данные мероприятия в учреждениях здравоохранения встречаются отнюдь не повсеместно.

В рамках индивидуализации терапевтического процесса представляется актуальным проведение экспресс-психодиагностики, особенно для пациентов, пребывающих на стационарном лечении. Данная процедура не только может содействовать выявлению недостаточно комплаентных и некомплаентных категорий пациентов, акцентируя внимание медицинского персонала на работе с ними, но и предвосхищать возможные конфликтные ситуации, информируя врачей об особенностях коммуникации с некоторыми пациентами.

## 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Характеристика дизайна исследования

Для участия в исследовании были приглашены лечащие врачи неврологи, психотерапевты и нефрологи, совместно с их пациентами. Исследование проводилось в формате предъявления испытуемым пакетов опросных методик.

Таблица 1

#### Описание выборки исследования

Неврологическое отделение №2 Клиники неврологии и мануальной медицины ФПО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова	Врач №1	Врач №2	Всего	
	Пациенты (n=15)	Пациенты (n=15)	Врачи	Пациенты
Кардиологическое психосоматическое отделения №2 ГБУЗ «Введенская больница»	Врач №3	Врач №4	N=6	N=90
	Пациенты (n=15)	Пациенты (n=15)		
Отделение №3 клиники НИИ нефрологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова	Врач №5	Врач №6		
	Пациенты (n=15)	Пациенты (n=15)		

#### Гипотеза исследования:

Существует достоверная взаимосвязь между индивидуально-личностными особенностями лечащих врачей, приверженностью лечению и отношением к болезни их пациентов.

#### Цель исследования:

Изучение индивидуально-личностных особенностей врачей и пациентов, взаимосвязанных с приверженностью лечению

#### Задачи:

1. Изучить взаимосвязь между индивидуально-личностными характеристиками пациентов и уровнем комплаенса.

2. Изучить взаимосвязь между индивидуально-личностными характеристиками врачей, уровнем комплаенса и отношением к болезни их пациентов.
3. Изучить взаимосвязь схожести личностных профилей врачей и пациентов с уровнем комплаентности и типом отношения к болезни

### **Дизайн исследования**

Для выполнения поставленных задач и проверки выдвинутых гипотез было организовано исследование, в рамках которого выборку составили пациенты и их лечащие врачи.

Критерием включением в выборку являлись срок наблюдения пациента лечащим врачом не менее двух недель и их ежедневная коммуникация в условиях стационарного лечения.

Были сформированы 6 групп, включающих в себя одного лечащего врача и 15 наблюдаемых у него пациентов. В рамках проверки гипотезы о взаимосвязи схожести личностных профилей врачей и пациентов с уровнем комплаентности и типом отношения к болезни был дополнительно проведён качественный анализ, в результате которого был определён критерий схожести личностных профилей – наличие не более 6 различающихся компонентов. Таким образом, в результате сравнения профилей лечащего врача и усреднённого профиля его пациентов было получено две исследуемых группы: три врача, личностный профиль которых схож с профилем их пациентов, и три врача, имеющих более 6 отличий в компонентах с профилем своих пациентов.

Пакет опросных методик для врачей включал в себя:

1. Анкету для сбора данных о специалисте, включающую в себя такие вопросы как ФИО и возраст врача, его стаж работы, заинтересованность в современных тенденциях медицины, вовлеченность в научную

деятельность, субъективное восприятие типа взаимодействия с пациентами

2. Пятифакторный опросник личности (5PFQ (сост. Хийджиро Теуйн) в адаптации А. Б. Хромова)

Пакет опросных методик для пациентов включал в себя:

1. Пятифакторный опросник личности (5PFQ (сост. Хийджиро Теуйн) в адаптации А. Б. Хромова)
2. Методика оценки уровня комплаентности (Р. В. Кадыров)
3. «Тип отношения к болезни» (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова)

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась в программе SPSS statistics с помощью Т-критерия Стьюдента для парных выборок, Т-критерия Стьюдента для независимых выборок и корреляционный анализ Спирмена.

## **2.2. Характеристика методов проведения исследования**

**Пятифакторный опросник личности**, известный также как «Большая пятёрка», был создан в 1983–1985 годах американскими психологами Р. МакКрае и П. Коста и в окончательном виде предстал в модификации NEO PI в 1992 году. Используемый в исследовании вариант опросника был адаптирован сотрудниками Курганского государственного университета под руководством А. Б. Хромова в 1995–1999 годах.

Стимульный материал опросника состоит из 75 парных, противоположных по значению, высказываний. Выраженность характеристик оценивается с помощью пятиступенчатой шкалы Лайкерта (-2; -1; 0; 1; 2). Анализ результатов многолетних исследований множества учёных (Г. Олпорт, Д. Гилфорд, Р. Кэттелл, Г. Айзенк, Р. МакКрэй, П. Коста и др.) позволил выделить следующие фундаментальные факторы, описывающие структуру личности:

1. «Нейротизм» (neuroticism, N),
2. «Экстраверсия» (extraversion, E),
3. «Открытость опыту» (openness to experience, O),
4. «Согласие» (agreeableness, A),
5. «Сознательность» (conscientiousness, C).

Каждый фундаментальный (вторичный) фактор включает в себя пять первичных:

1. Нейротизм: тревожность – беззаботность, напряженность – расслабленность, депрессивность – эмоциональная комфортность, самокритика – самодостаточность, эмоциональная лабильность – эмоциональная стабильность.
2. Экстраверсия: активность – пассивность, доминирование – подчиненность, общительность – замкнутость, поиск впечатлений – избегание впечатлений, привлечение внимания – избегание внимания.
3. Открытость опыту: любопытство – консерватизм, любознательность – реалистичность, артистичность – отсутствие артистичности, сенситивность – нечувствительность, пластичность – ригидность.
4. Согласие: теплота – равнодушие, сотрудничество – соперничество, доверчивость – подозрительность, понимание – непонимание, уважение других – самоуважение.
5. Сознательность: аккуратность – неаккуратность, настойчивость – отсутствие настойчивости, ответственность – безответственность, самоконтроль поведения – импульсивность, предусмотрительность – беспечность.

Первой черте в паре соответствует высокое значение баллов, второй, соответственно, низкое.

Условно балльные оценки можно разделить на высокие (51–75 баллов), средние (41–50 баллов) и низкие (15–40 баллов).

**Методика оценки уровня комплаентности (Р. В. Кадыров)** отличается от прочих методов оценки приверженности лечению тем, что исследует не только общий уровень комплаенса, но и такие его составляющие как социальную (стремление соответствовать предписаниям врача обусловленное ориентацией на социальное одобрение), эмоциональную (склонность к соблюдению врачебных рекомендаций обусловленное повышенной впечатлительностью и чувствительностью) и поведенческую (стремление к соблюдению врачебных рекомендаций направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие) комплаентность. Опросник состоит из 66 вопросов, на которые испытуемый отвечает «всегда», «иногда» или «никогда». Составляющие комплаенса в диапазоне от 0 до 15 оцениваются как невыраженные, от 16 до 29 как средне выраженные и от 30 до 40 как значительно выраженные. Общий показатель комплаентности оценивается как низкий при сумме от 0 до 40, средний от 41 до 80 и высокий от 81 до 120.

**Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ)** была разработана группой учёных НИИ им. Бехтерева (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова) в 1987 году в качестве «модели мышления клинического психолога и/или психоневролога, потенциально восполняющей недостаток опыта у врачей-интернистов в квалификации психического состояния и личностной диагностики больного при отсутствии клинических психологов и психоневрологов во многих клиниках соматического профиля». За основу данной методики была взята классификация типов отношения к болезни авторства А.Е. Личко и Н. Я. Иванова, включающая в себя 12 типов.

Испытуемому предъявляется бланк с 12 группами утверждений, от 10 до 16 утверждений в каждой. В каждой группе он должен выбрать одно или



максимум два утверждения, которые наиболее полно описывают его состояние.

Тематические блоки характеризуются как:

1. Самочувствие
2. Настроение
3. Сон и пробуждение ото сна
4. Аппетит и отношение к еде
5. Отношение к болезни
6. Отношение к лечению
7. Отношение к врачам и медперсоналу
8. Отношение к родным и близким
9. Отношение к работе (учебе)
10. Отношение к окружающим
11. Отношение к одиночеству
12. Отношение к будущему

### **2.3. Характеристика выборки**

В исследовании приняли участие пациенты неврологического профиля (30 человек) и их лечащие врачи-неврологи, сотрудники Неврологического отделения №2 Клиники неврологии и мануальной медицины ФПО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова (2 человека), врачи-психотерапевты (2 человека), сотрудники кардиологического психосоматического отделения №2 ГБУЗ «Введенская больница» совместно с их пациентами кардиологического профиля (30 человек), и врачи-нефрологи, сотрудницы нефрологического отделения №3 клиники НИИ нефрологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.

Таблица 2

## Данные по выборке исследования

Отделение	Врачи	Пациенты
Неврологическое отделение №2 Клиники неврологии и мануальной медицины ФПО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова	Врач №1 ♀ 30 лет, врач-невролог второй категории, стаж работы 6 лет	N=15, 14♀ 1♂ Средний возраст: 59,53 ± 14,7
	Врач №2 ♂ 29 лет, врач-невролог первой категории, стаж работы 5 лет	N=15, 12♀ 3♂ Средний возраст: 62,26 ± 10,82
Кардиологическое психосоматическое отделения №2 ГБУЗ «Введенская больница»	Врач №3 ♂ 43 года, врач- психотерапевт высшей категории, стаж работы 15 лет	N=15, 11♀ 4♂ Средний возраст: 45 ± 16,84
	Врач №4 ♀ 46 лет, врач- психотерапевт первой категории, стаж работы 20 лет	N=15, 13♀ 2♂ Средний возраст: 47,53 ± 16,79
Отделение №3 клиники НИИ нефрологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова	Врач №5 ♀ 40 лет, врач-нефролог, стаж работы 10 лет	N=15, 6♀ 9♂ Средний возраст: 48,26 ± 12,13

	Врач №6 ♀ 47 лет, врач-нефролог высшей категории, стаж работы 23 года	N=15, 11♀4♂ Средний возраст: $53 \pm 16,65$
--	--	---

Среди врачей в исследовании приняли участие 1 мужчина и 1 женщина на неврологическом и кардиологическом отделениях и 2 женщины на отделении нефрологии. Средний возраст врачей составил  $39,16 \pm 7,88$  лет. Среди пациентов были 74% женщин и 26% мужчин, средний возраст составил  $52 \pm 14,42$  года.

### 3. ОПИСАНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

#### 3.1. Описательная статистика

Среди врачей в исследовании приняли участие 1 мужчина и 1 женщина на неврологическом и кардиологическом отделениях и 2 женщины на отделении нефрологии. Средний возраст врачей составил  $39,16 \pm 7,88$  лет. 2 специалиста обладали высшей категорией, 2 первой категорией, 1 второй категорией и 1 категории не имел. Средний стаж работы составил  $13,16 \pm 7,41$  лет. 5 из 6 врачей публиковались в научных изданиях в последние 5 лет, и все специалисты выборки выражают интерес к современным тенденциям доказательной медицины. Обучение технологиям коммуникации с пациентами проходил только один врач.

В ходе исследования выборки врачей по пятифакторному опроснику личности были получены следующие результаты (табл. 3).

Таблица 3

**Средние значения по личностным факторам в группе врачей**

<b>Фактор</b>	<b>Врачи (n=6)</b>	<b>Нормативный диапазон</b>
1. Интроверсия – Экстраверсия	$41,8 \pm 8,52$	41 – 50
2. Обособленность – Привязанность	$49,3 \pm 10,84$	
3. Естественность – Контролирование	<b><math>55,2 \pm 11,48</math></b>	
4. Сдержанность – Эмоциональность	$43,7 \pm 12,11$	
5. Практичность – Экспрессивность	<b><math>51,0 \pm 8,17</math></b>	

Установлено, что высокие результаты (т. е. однозначная выраженность одного из полюсов) у врачей отмечены лишь по двум факторам. Так, высокие результаты по третьему фактору ( $M = 55,2$ ) предполагают демонстрацию данными врачами волевой саморегуляции своего поведения. В свою очередь, высокие результаты по пятому фактору ( $M = 51,0$ ) свидетельствуют о некоторой склонности исследованных врачей к экспрессивности, тогда как практичность менее выражена.

Отметим, что по остальным факторам у врачей выявлены результаты, соответствующие среднему диапазону значений.

Так, средние результаты, полученные большинством врачей по первому фактору ( $M - 41,8$ ), указывают на отсутствие у них преобладающей тенденции, в связи с чем в той или иной ситуации они могут проявлять как экстраверсивность, так и интроверсивность. Средние результаты по второму фактору ( $M - 49,3$ ) свидетельствуют о том, что данные врачи равно склонны как к обособленности, так и к привязанности. Средние результаты, полученные большинством врачей по четвёртому фактору ( $M - 43,7$ ), указывают на баланс между эмоциональной устойчивостью и импульсивными реакциями, которые могут быть обусловлены ситуацией или другими факторами.

Отметим, что наиболее выраженным личностным фактором у врачей оказался фактор контроля.

В табл.4 представлены результаты врачей по первичным личностным компонентам, где значения в диапазоне до 7,5 баллов свидетельствуют о доминировании первого компонента в паре; значения в диапазоне после 7,5 – о доминировании второго компонента в паре.

Таблица 4

#### Средние значения по личностным компонентам в группе врачей

<b>Компонент</b>	<b>Врачи (n=6)</b>
1. Пассивность – Активность	8,8±3,37
2. Подчинение – Доминирование	10,3±2,07
3. Замкнутость – Общительность	6,7±3,44
4. Избегание впечатлений – Поиск впечатлений	7,2±3,06
5. Избегание внимания – Привлечение внимания	8,8±2,32
6. Равнодушие – Теплота	9,5±4,23
7. Соперничество – Сотрудничество	10,5±2,07
8. Подозрительность – Доверчивость	7,8±2,93

9. Непонимание – Понимание	10,2±2,64
10. Самоуважение – Уважение других	<b>11,2±1,17</b>
11. Неаккуратность – Аккуратность	9,2±3,43
12. Слабоволие – Настойчивость	<b>11,0±2,97</b>
13. Безответственность – Ответственность	<b>11,5±3,21</b>
14. Импульсивность – Самоконтроль	<b>11,2±1,60</b>
15. Беспечность – Предусмотрительность	<b>12,3±1,97</b>
16. Беззаботность – Тревожность	10,3±4,13
17. Расслабленность – Напряжённость	7,0±2,83
18. Эмоциональная комфортность – Депрессивность	8,8±2,40
19. Самодостаточность – Самокритика	9,2±1,72
20. Эмоциональная стабильность – Эмоциональная лабильность	8,3±2,50
21. Консерватизм – Любопытство	10,5±1,64
22. Реалистичность – Мечтательность	10,3±3,44
23. Неартистичность – Артистичность	10,7±3,01
24. Нечувствительность – Сензитивность	11,0±2,53
25. Ригидность – Пластичность	8,5±1,76

Отметим, что в выборке врачей в основном доминирует второй личностный компонент в паре (значения более 7,5 баллов), тогда как первый личностный компонент доминирует лишь в трёх парах. Так, врачам в большей степени свойственны замкнутость (М – 6,7), избегание впечатлений (М – 7,2) и эмоциональная расслабленность (М – 7,0).

В остальном, врачам свойственны: активность (М – 8,8), доминирование (М – 10,3), привлечение внимания (М – 8,8), теплота (М – 9,5), сотрудничество (М – 10,5), доверчивость (М – 7,8), понимание (М – 10,2), уважение других (М – 11,2), аккуратность (М – 9,2), настойчивость (М – 11,0), ответственность (М – 11,5), самоконтроль (М – 11,2), предусмотрительность (М – 12,3), тревожность (М – 10,3), депрессивность (М – 8,8), самокритика (М – 9,2), эмоциональная лабильность (М – 8,3), любопытство (М – 10,5), мечтательность (М – 10,3), артистичность (М – 10,7), сензитивность (М – 11,0) и пластичность (М – 8,5).

Кроме того, можно отметить, что наиболее выраженными личностными чертами у врачей оказались замкнутость, предусмотрительность, ответственность, самоконтроль, уважение других, настойчивость и сензитивность.

На рис. 1 представлены результаты общего уровня комплаентности, полученные в выборке пациентов с помощью опросника «Уровень комплаентности».

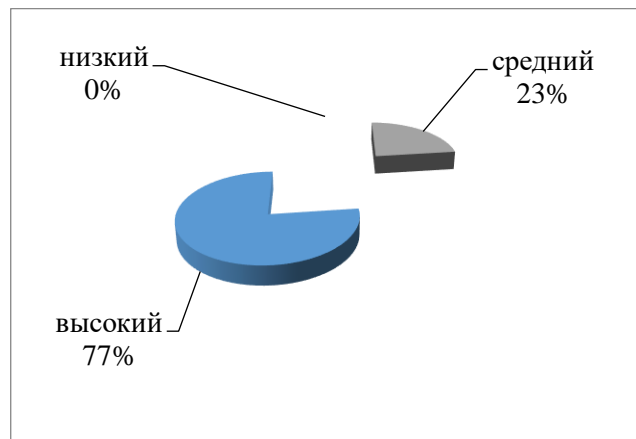


Рис.1. Распространённость уровней комплаентности среди пациентов

Установлено, что около 77% пациентов отличаются высоким уровнем комплаентности. Примерно 23% пациентов имеет средний уровень комплаентности, т.е. достаточно адекватно воспринимает весь процесс лечения, стремятся выполнять рекомендации, но не переоценивают значимость врача и сохраняют собственную ответственность за лечение.

Статистический анализ с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок показал, что гендерные различия в общем уровне комплаентности отсутствуют ( $p > 0,05$ ). Анализ с помощью критерия корреляции К. Пирсона показал наличие положительной связи между возрастом пациентов и общим уровнем их комплаентности. Установлено, что чем старше пациент, тем более высоким уровнем комплаентности он обладает ( $r = 0,217$ ;  $p < 0,05$ ).

В табл. 5 отражены результаты шкал, характеризующих разные стороны комплаентности.

Таблица 5

**Характеристики уровней компонентов комплаентности пациентов**

Шкала	Уровень	Пациенты (n=90)	
		абс	%
Социальная комплаентность	невыраженный	1	1
	средне выраженный	43	48
	значительно выраженный	46	51
Эмоциональная комплаентность	невыраженный	0	0
	средне выраженный	35	39
	значительно выраженный	55	61
Поведенческая комплаентность	невыраженный	0	0
	средне выраженный	50	56
	значительно выраженный	40	44

Отмечается, что примерно 51% пациентов отличаются значительно выраженной социальной комплаентностью, т.е. половина выборки характеризуется зависимостью от своего врача, уверенностью в том, что его мнение единственно верное. Остальная половина пациентов (49%) отличается достаточно адекватным уровнем социальной комплаентности, тогда как уровень доверия к врачу и лечению варьируются в зависимости ситуации и других факторов.

Значительно выражена у 61% пациентов и эмоциональная комплаентность, отражающая высокую эмоциональную значимость как врача, так и самого заболевания. Средне выраженная эмоциональная комплаентность отмечена у 39% пациентов и указывает на эмоциональную лабильность в их переживании болезни.



Примерно 56% пациентов продемонстрировали средне выраженный уровень поведенческой комплаентности. Остальная половина пациентов (44%) характеризуется значительно выраженной поведенческой комплаентностью, т.е. стремится чётко следовать рекомендациям врача, чтобы преодолеть возникшее заболевание.

Статистический анализ с помощью т-критерия Стьюдента для независимых выборок показал, что гендерные различия в шкалах комплаентности отсутствуют ( $p>0,05$ ). Корреляционный анализ показал наличие положительной связи между возрастом пациентов и уровнем их поведенческой комплаентности. Было установлено, что чем старше пациент, тем более он склонен к соблюдению врачебных предписаний и ориентирован на достижение цели в ситуации болезни ( $r=0,318$ ;  $p<0,01$ ).

В табл.6 представлены результаты пациентов по методике «Тип отношения к болезни»: тип отношения к болезни и его направленность.

Таблица 6

#### Распространённость категорий типов отношения к болезни пациентов

Шкала	Показатель	Пациенты (n=90)	
		абс	%
Тип отношения к болезни	чистый	52	58
	смешанный	23	25
	диффузный	15	17
Блок направленности отношения к болезни	1 блок	50	56
	2 блок	19	21
	3 блок	21	23

Отмечается, что у большинства пациентов диагностирован либо чистый (58%), либо смешанный (25%) типы отношения к болезни, тогда как диффузный выявлен лишь у 17% пациентов. С одной стороны, можно предположить, что большая часть выборки приняла и усвоила инструкцию к опроснику и смогла

корректно его заполнить. С другой стороны, большинство пациентов относятся к своему заболеванию, его последствиям и лечению сознательно, дифференцировано и уже выработали определённую модель поведения в ситуации болезни.

Личностное реагирование на болезнь более чем у половины выборки (56%) условно адаптивно, соответствует продуктивным способам справляться с заболеванием (по гармоничному, эргопатическому или анозогнозическому типу). Однако оставшаяся половина выборки, напротив, характеризуется дезадаптивным личностным реагированием: 21% – преимущественно с интерпсихической направленностью, 23% – преимущественно с интрапсихической направленностью.

На рис.2 представлена распространённость типов отношения к болезни (в чистых и смешанных типах) в выборке пациентов.

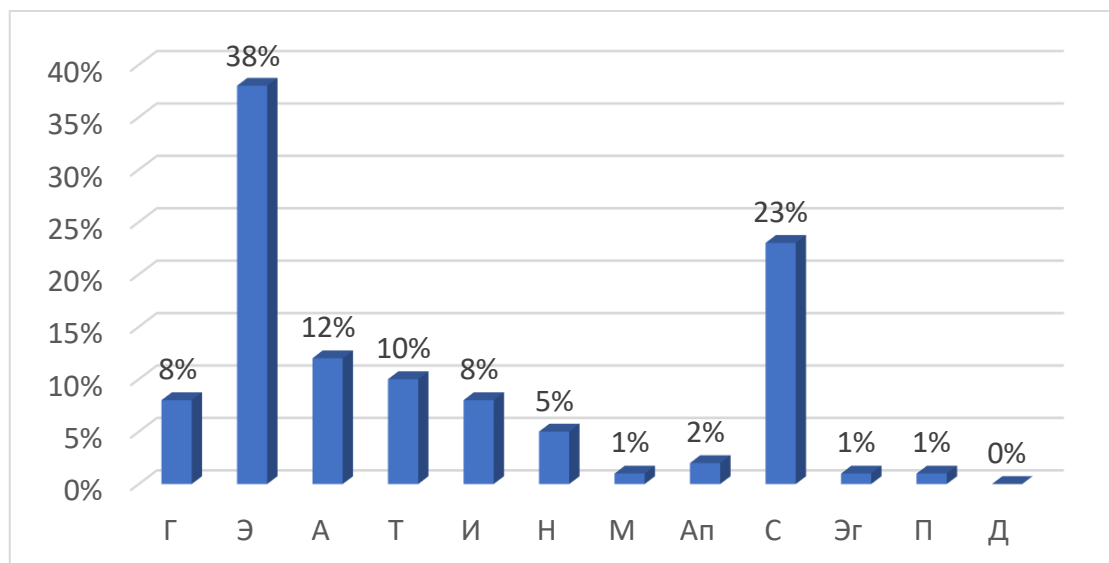


Рис.2. Распространённость типов отношения к болезни в общей выборке

\*Примечание: Г – гармоничный; Э – эргопатический; А – анозогнозический; Т – тревожный; И – ипохондрический; Н – неврастенический; М – меланхолический; Ап – апатический; С – сензитивный; Эг – эгоцентрический; П – паранойяльный; Д – дисфорический.

Чаще всего в выборке пациентов встречается эргопатический тип отношения к болезни (38%), относящийся к условно адаптивным типам. Ещё у

четверти выборки (23%) выражен также сензитивный тип отношения к болезни, отражающий недостаточно продуктивный способ переживать ситуацию болезни. Остальные типы отношения к болезни, в целом, встречаются не чаще, чем у 12% выборки, при этом меланхолический, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы практически не диагностированы.

Статистический анализ с помощью *t*-критерия Стьюдента для независимых выборок показал, что гендерные различия в выраженности типов отношения к болезни присутствуют только на уровне статистической тенденции ( $0,05 < p < 0,10$ ): пациентам мужского пола чаще свойственны реакции анозогнозического типа отношения к болезни ( $t=1,7$ ;  $0,05 < p < 0,10$ ), а пациентам женского пола – неврастенического ( $t=-1,8$ ;  $0,05 < p < 0,10$ ) и сензитивного ( $t=-1,7$ ;  $0,05 < p < 0,10$ ) типов отношения к болезни.

Корреляционный анализ показал: чем старше пациент, тем более выражен у него эгоцентрический тип отношения к болезни ( $r=0,256$ ;  $p < 0,05$ ). В остальном значимых связей типов отношения к болезни и возраста пациентов не выявлено ( $p > 0,05$ ).

В ходе исследования выборки пациентов по пятифакторному опроснику личности были получены следующие результаты (табл. 7).

Таблица 7

### Характеристика доминирующих личностных факторов пациентов

№ фактора	Фактор	Пациенты (n=90)	
		абс	%
1 фактор	интроверсия	24	27
	экстраверсия	30	33
	баланс	36	40
2 фактор	обособленность	6	7
	привязанность	68	75
	баланс	16	18
3 фактор	естественность	5	6
	контролирование	73	81
	баланс	12	13
4 фактор	сдержанность	23	26

	эмоциональность	46	51
	баланс	21	23
5 фактор	практичность	9	10
	экспрессивность	50	56
	баланс	31	34

Установлено, что примерно половина пациентов (40%) характеризуются равно выраженными экстраверсивными и интроверсивными установками. Среди остальных пациентов чуть чаще преобладает экстраверсия (33%).

У большинства пациентов (75%) доминирует такая черта личности, как привязанность, тогда как обособленность встречается крайне редко – 7%.

Отмечается, что около 81% пациентов демонстрируют высокий уровень контроля, тогда как низкий уровень контроля («естественность») встречается лишь у 6%.

Примерно половина выборки пациентов (51%) характеризуется эмоциональностью, в то же время четверть выборки, напротив, - сдержанностью, и ещё четверть – ситуативно выраженной эмоциональностью либо эмоциональной лабильностью в зависимости от внешних или внутренних факторов.

Около 56% пациентов свойственная экспрессивность, тогда как практичность – лишь 10%.

Статистический анализ с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок показал наличие некоторых гендерных различий. Так, у пациентов женского пола более выражены показатели эмоциональности, тогда как у пациентов мужского пола – сдержанности ( $t = -4,0$ ;  $p < 0,01$ ). На уровне статистической тенденции ( $0,05 < p < 0,10$ ) установлено, что у пациентов женского пола также более выражена привязанность и контролирование, а у пациентов мужского пола – обособленность и естественность ( $t = -1,8$  и  $-1,9$  соответственно;  $0,05 < p < 0,10$ ).

Кроме того, корреляционный анализ показал также наличие значимых связей с возрастом пациентов: у более взрослых пациентов наблюдаются более высокие показатели привязанности и контролирования, а у более молодых – обособленности и естественности ( $r= 0,273$  и  $0,379$  соответственно, при  $p<0,01$ ).

В табл.8 представлены результаты пациентов по первичным личностным компонентам.

Таблица 8

### Средние значения личностных компонентов у пациентов

Компонент	Врачи (n=6)
1. Пассивность – Активность	10,9±2,79
2. Подчинение – Доминирование	10,4±3,22
3. Замкнутость – Общительность	9,0±3,48
4.Избегание впечатлений – Поиск впечатлений	7,7±2,79
5.Избегание внимания – Привлечение внимания	8,9±2,61
6. Равнодушие – Теплоота	12,2±3,00
7. Соперничество – Сотрудничество	11,9±2,29
8. Подозрительность – Доверчивость	9,5±3,46
9. Непонимание – Понимание	11,4±3,18
10. Самоуважение – Уважение других	<b>12,1±1,98</b>
11. Неаккуратность – Аккуратность	11,6±3,07
12. Слабоволие – Настойчивость	<b>12,6±2,43</b>
13. Безответственность – Ответственность	<b>12,7±2,29</b>
14. Импульсивность – Самоконтроль	10,5±3,05
15. Беспечность - Предусмотрительность	11,9±2,51
16. Беззаботность – Тревожность	10,8±3,15
17. Расслабленность – Напряжённость	9,4±2,80
18.Эмоциональная комфортность – Депрессивность	9,9±2,84
19. Самодостаточность – Самокритика	9,6±2,41
20.Эмоциональная стабильность – Эмоциональная лабильность	9,8±3,53
21. Консерватизм – Любопытство	9,6±2,67
22. Реалистичность – Мечтательность	10,8±2,60
23. Неартистичность - Артистичность	11,6±2,48
24. Нечувствительность – Сензитивность	11,1±2,61
25. Ригидность – Пластичность	8,9±2,55

Установлено, что большинству исследованных пациентов свойственны: активность (M – 10,9), доминирование (M – 10,4), общительность (M – 9,0),

поиск впечатлений (М – 7,7), привлечение внимания (М – 8,9), теплота (М – 12,2), сотрудничество (М – 11,9), доверчивость (М – 9,5), понимание (М – 11,4), уважение других (М – 12,1), аккуратность (М – 11,6), настойчивость (М – 12,6), ответственность (М – 12,7), самоконтроль (М – 10,5), предусмотрительность (М – 11,9), тревожность (М – 10,8), напряжённость (М – 9,4), депрессивность (М – 9,9), самокритика (М – 9,6), эмоциональная лабильность (М – 9,8), любопытство (М – 9,6), мечтательность (М – 10,8), артистичность (М – 11,6), сензитивность (М – 11,1) и пластичность (М – 8,9).

Статистический анализ с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок показал наличие некоторых гендерных различий. Так, у пациентов женского пола более выражена эмоциональная лабильность ( $t = -3,7$ ;  $p < 0,01$ ), тревожность ( $t = -3,4$ ;  $p < 0,01$ ), напряжённость ( $t = -3,3$ ;  $p < 0,01$ ), депрессивность ( $t = -2,8$ ;  $p < 0,01$ ), уважение других ( $t = -2,3$ ;  $p < 0,05$ ), сотрудничество ( $t = -2,3$ ;  $p < 0,05$ ), самокритика ( $t = -2,1$ ;  $p < 0,05$ ). В свою очередь, пациентам мужского пола, напротив, свойственны эмоциональная устойчивость, беззаботность, расслабленность, эмоциональный комфорт, самоуважение, соперничество и самодостаточность.

Кроме того, корреляционный анализ показал также наличие значимых связей с возрастом пациентов. Так, с возрастом у пациентов повышается предусмотрительность ( $r = 0,408$ ;  $p < 0,01$ ), аккуратности ( $r = 0,319$ ;  $p < 0,01$ ), самоконтроля ( $r = 0,313$ ;  $p < 0,01$ ), понимания ( $r = 0,307$ ;  $p < 0,01$ ), сотрудничества ( $r = 0,277$ ;  $p < 0,01$ ), сензитивности ( $r = 0,270$ ;  $p < 0,01$ ), настойчивости ( $r = 0,221$ ;  $p < 0,05$ ), ответственности ( $r = 0,215$ ;  $p < 0,05$ ). При этом также с возрастом у них снижаются поиск впечатлений ( $r = -0,379$ ;  $p < 0,01$ ), пластичность ( $r = -0,358$ ;  $p < 0,01$ ) и депрессивность ( $r = -0,217$ ;  $p < 0,05$ ).

Для проверки поставленной гипотезы исследования был применён корреляционный анализ по критерию корреляции К. Пирсона, а также

линейный регрессионный анализ для оценки распространённости взаимосвязей между показателями в выборке.

### 3.2. Описание корреляционных связей

На рис.3 представлены корреляционные плеяды взаимосвязей между индивидуально-личностными характеристиками пациентов (основные факторы) и уровнем их комплаентности. Полная корреляционная матрица данных показателей представлена в табл.1 Приложения.



Рис.3. Корреляционная плеяда шкал комплаентности пациентов и их личностных факторов

Отметим, что значимые связи установлены только с одним из факторов личности: «естественность – контролирование».

Так, выраженность контролирования у пациентов связана с уровнем их социальной ( $r=0,253$ ;  $p<0,05$ ), эмоциональной ( $r=0,267$ ;  $p<0,05$ ) и поведенческой ( $r=0,318$ ;  $p<0,01$ ) комплаентности, а также с общим уровнем приверженности лечению ( $r=0,324$ ;  $p<0,01$ ).

На рис.4 представлены корреляционные плеяды взаимосвязей между индивидуально-личностными характеристиками пациентов (личностные компоненты) и уровнем их комплаентности.

Полная корреляционная матрица данных показателей представлена в табл.2 Приложения.

Отметим, что все связи между показателями комплаентности и личностными компонентами пациентов так же обладают слабой теснотой.

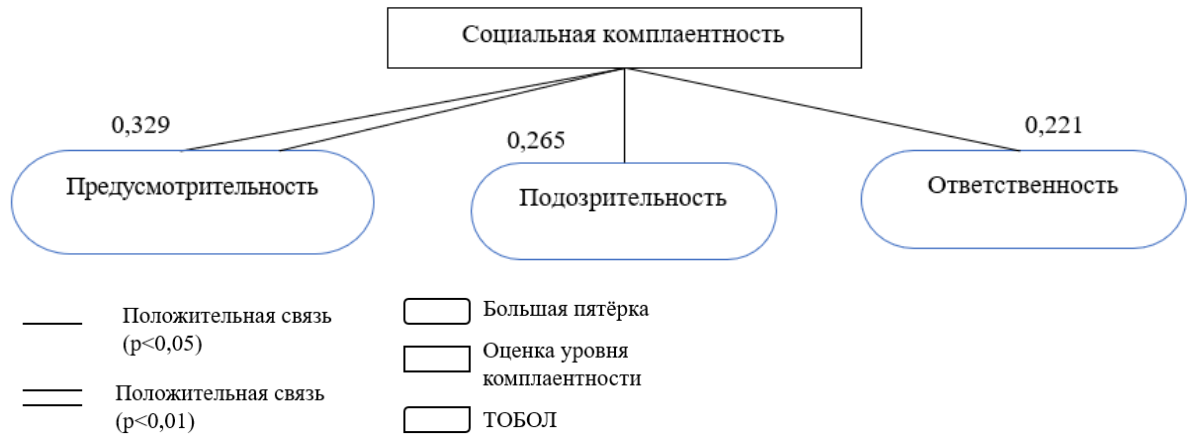


Рис.4. Корреляционная плеяда шкал социальной комплаентности пациентов и их личностных факторов

Так, установлено, что социальная комплаентность пациентов связана с выраженностью предусмотрительности ( $r=0,329$ ;  $p<0,01$ ), подозрительности ( $r=-0,265$ ;  $p<0,05$ ) и ответственности ( $r=0,221$ ;  $p<0,05$ ).



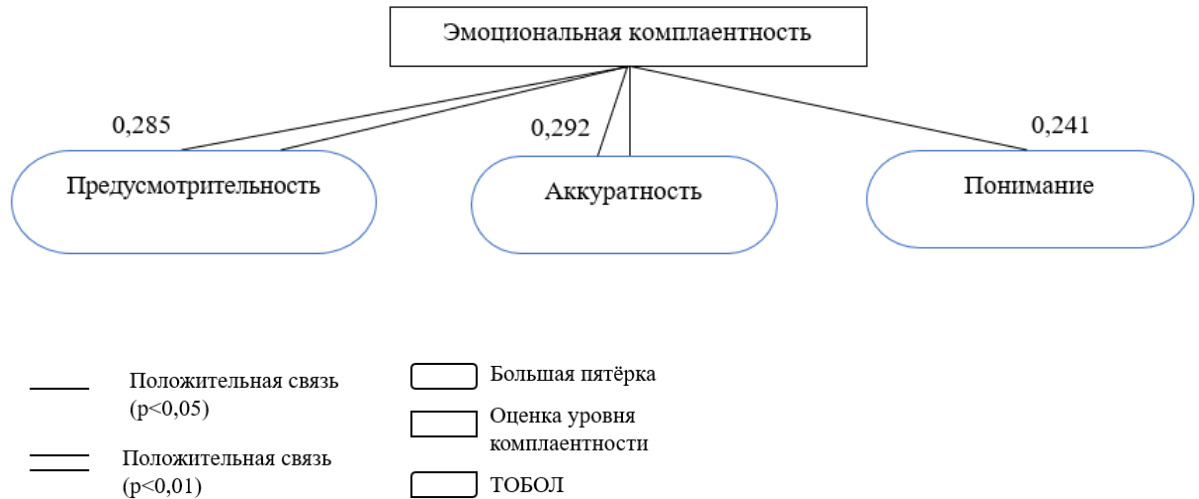


Рис.5. Корреляционная плеяда шкал эмоциональной комплаентности пациентов и их личностных факторов

Эмоциональная комплаентность пациентов связана с выраженностью предусмотрительности ( $r=0,285$ ;  $p<0,01$ ), аккуратности ( $r=0,292$ ;  $p<0,01$ ) и понимания ( $r=0,241$ ;  $p<0,05$ ).



Рис.6. Корреляционная плеяда шкал поведенческой комплаентности пациентов и их личностных факторов

Поведенческая комплаентность пациентов связана с выраженностью предусмотрительности ( $r=0,375$ ;  $p<0,01$ ), аккуратности ( $r=0,244$ ;  $p<0,05$ ) и ригидности ( $r=-0,212$ ;  $p<0,05$ ).

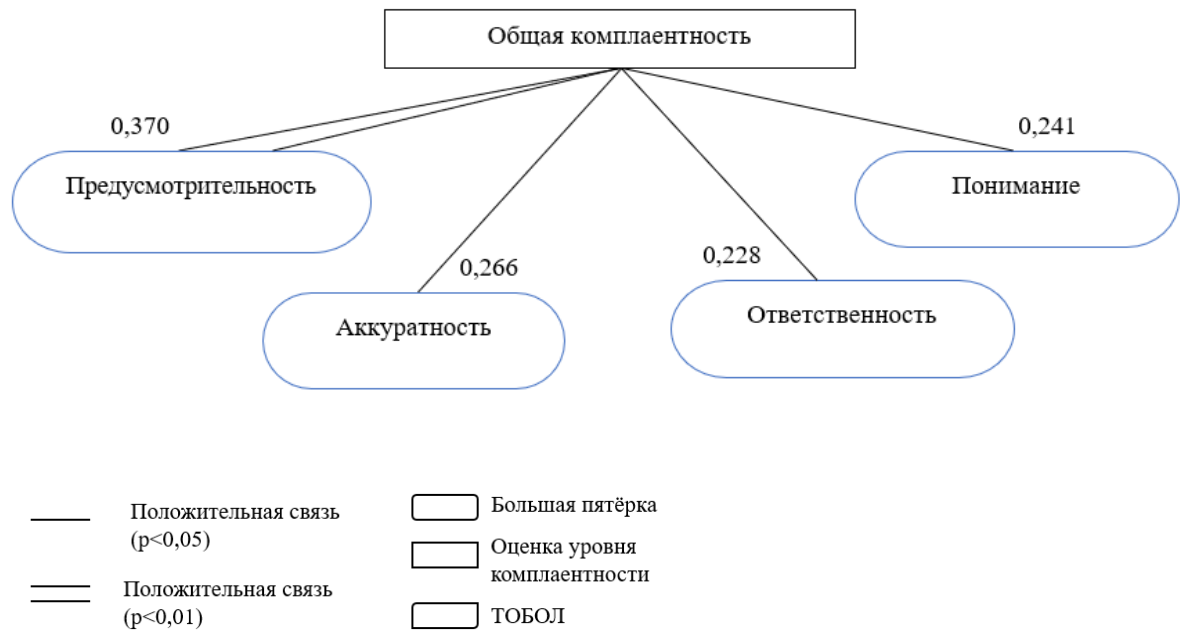


Рис.7. Корреляционная плеяда шкал общей комплаентности пациентов и их личностных факторов

Общий уровень комплаентности пациентов, в свою очередь, связан с выраженностью предусмотрительности ( $r=0,370$ ;  $p<0,01$ ), аккуратности ( $r=0,266$ ;  $p<0,05$ ), понимания ( $r=0,241$ ;  $p<0,05$ ) и ответственности ( $r=0,228$ ;  $p<0,05$ ).

Таким образом, развитая тенденция к волевой саморегуляции своего поведения (добросовестность, ответственность, обязательность, точность и аккуратность в делах) и психическая стереотипность в ценностях и установках (ригидность) пациентов связаны с высокой приверженностью лечению.

### 3.2.1. Анализ взаимосвязей между индивидуально-личностными характеристиками врачей (основные факторы), уровнем комплаентности и типом отношения к болезни пациентов

Далее был проведён анализ взаимосвязей между индивидуально-личностными характеристиками врачей (основные факторы), уровнем комплаентности и типом отношения к болезни пациентов. Полная

корреляционная матрица данных показателей представлена в табл.3 Приложения.

### Корреляционные связи между личностными факторами врачей, уровнем комплаентности и типом отношения к болезни у пациентов

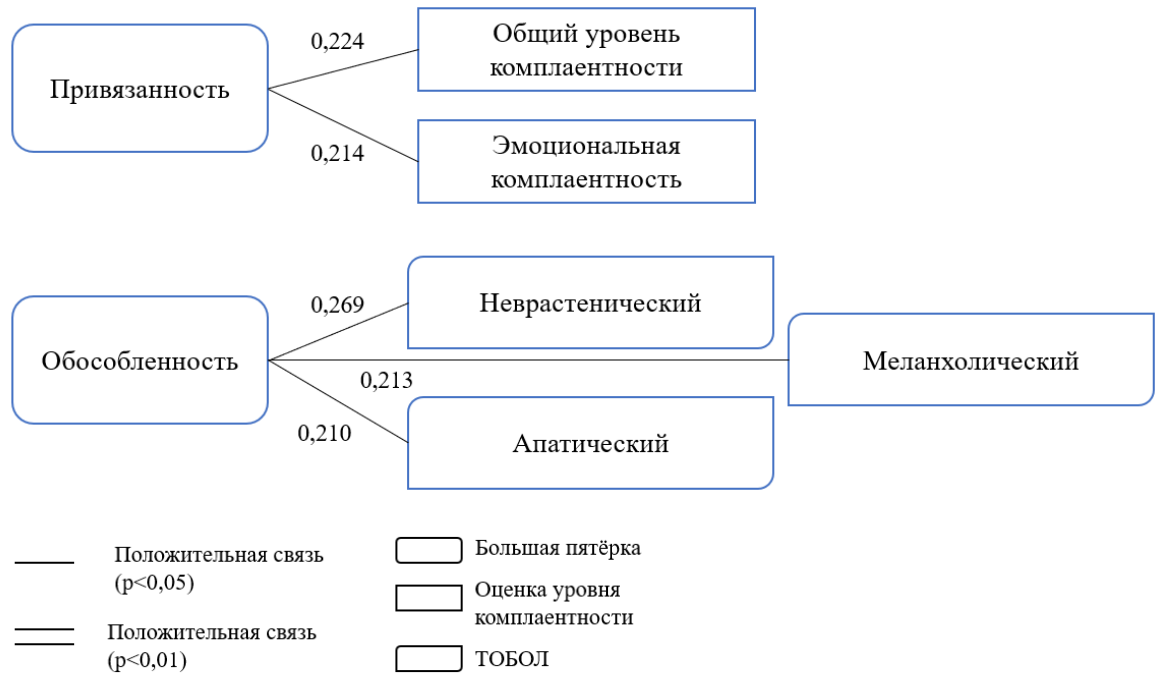


Рис.8. Корреляционная плеяда шкал уровня комплаентности и типа отношения к болезни пациентов и личностных факторов их врачей

Установлено, что выраженность у врача такой личностной черты, как привязанность связана как с общим уровнем комплаентности пациентов ( $r=0,224$ ;  $p < 0,05$ ), так и с показателем поведенческой комплаентности ( $r=0,214$ ;  $p < 0,05$ ). Факторы личности врачей не обладают значимыми связями с приверженностью лечению у пациентов, однако выявлены их связи с выраженностью разных типов отношения к болезни у пациентов.

Так, выраженность привязанности у врачей связана с меньшей выраженностью у пациентов таких типов отношения к болезни, как: неврастенический ( $r=-0,269$ ;  $p < 0,05$ ), меланхолический ( $r=-0,213$ ;  $p < 0,05$ ), апатический ( $r=-0,210$ ;  $p < 0,05$ ).

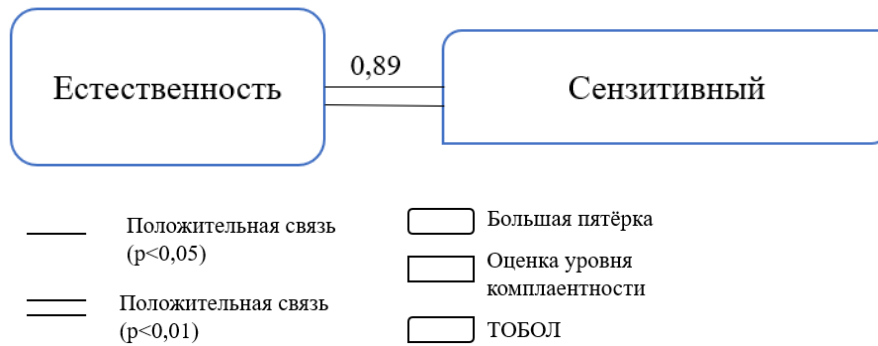


Рис.9. Корреляционная плеяда сензитивного типа отношения к болезни пациентов и личностного фактора их врачей

Личностный фактор «естественность» у врачей связан с большей выраженностью сензитивного типа отношения к болезни у пациентов ( $r=0,89$ ;  $p < 0,01$ ).

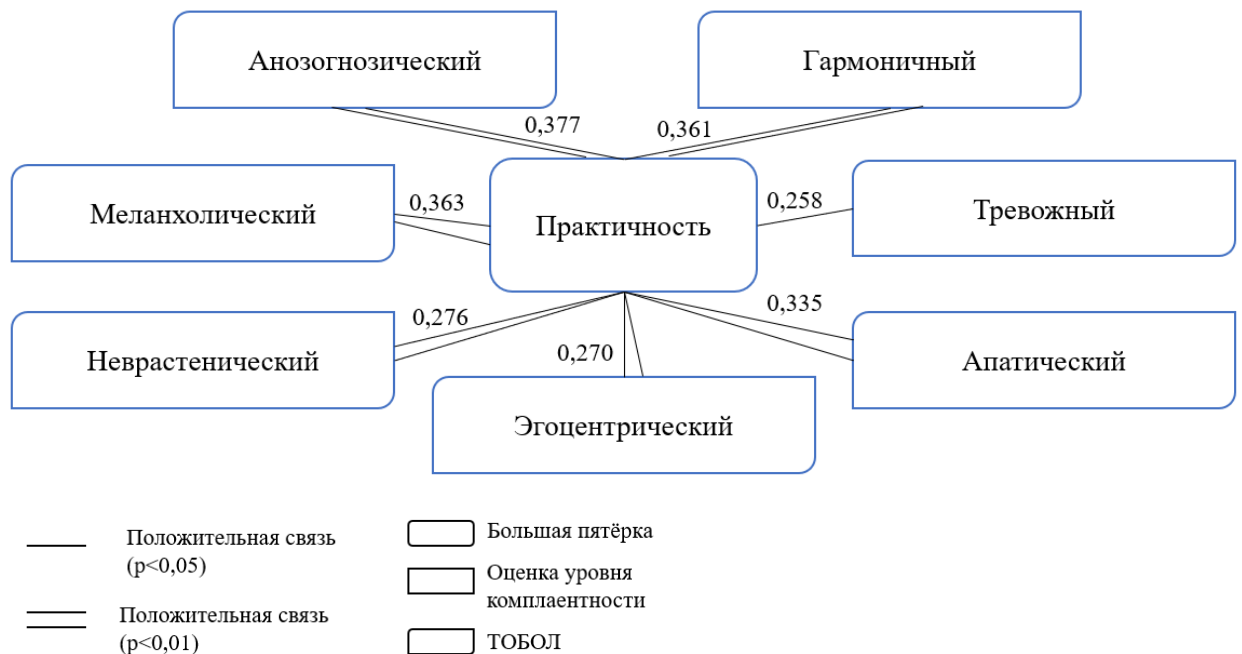


Рис.10. Корреляционная плеяда типов отношения к болезни пациентов и личностного фактора «практичность» их врачей

Выраженность экспрессивности у врачей связан с меньшей выраженностью следующих типов отношения к болезни у пациентов анозогностический ( $r=-0,377$ ;  $p < 0,01$ ), меланхолический ( $r=-0,363$ ;  $p < 0,01$ ),

гармоничный ( $r=-0,361$ ;  $p<0,01$ ), апатический ( $r=-0,335$ ;  $p<0,01$ ), неврастенический ( $r=-0,276$ ;  $p<0,01$ ), эгоцентрический ( $r=-0,270$ ;  $p<0,01$ ), тревожный ( $r=-0,258$ ;  $p<0,05$ ).

Далее был проведен корреляционный анализ связей между индивидуально-личностными характеристиками врачей (личностные компоненты) и уровнем комплаентности пациентов. Полная корреляционная матрица данных показателей представлена в табл.4 Приложения.

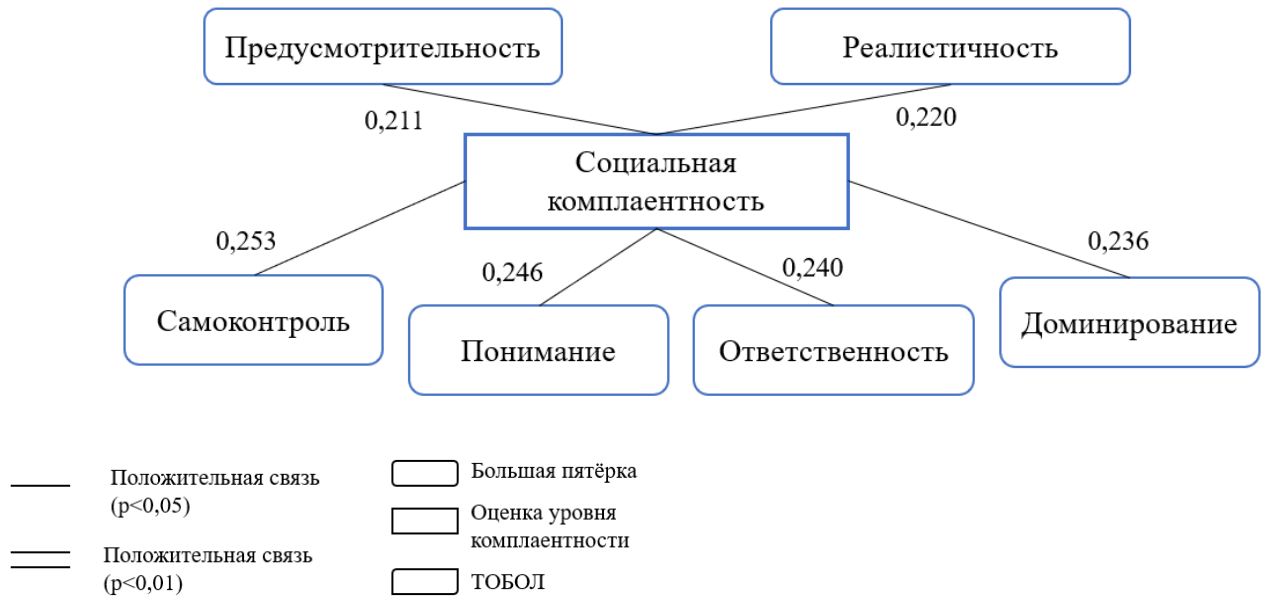


Рис. 11. Корреляционная плеяда шкалы уровня социальной комплаентности пациентов и личностных компонентов их врачей

Установлено, что компоненты личности врачей связаны со всеми показателями комплаентности пациентов.

Так, высокая социальная комплаентность пациентов связана с выраженностью у врачей самоконтроля ( $r=0,253$ ;  $p<0,05$ ), понимания ( $r=0,246$ ;  $p<0,05$ ), ответственности ( $r=0,240$ ;  $p<0,05$ ), доминирования ( $r=0,236$ ;  $p<0,05$ ), предусмотрительности ( $r=0,211$ ;  $p<0,05$ ) и реалистичности ( $r=-0,220$ ;  $p<0,05$ ).

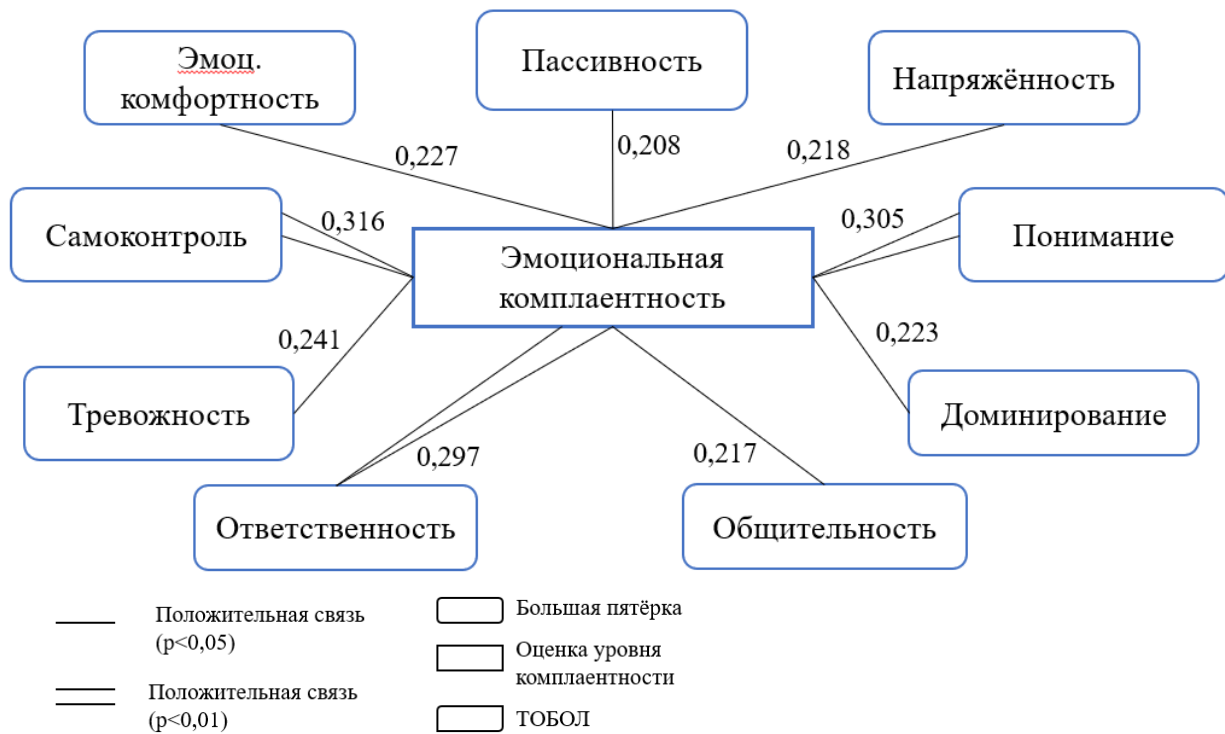


Рис.12. Корреляционная плеяда шкалы уровня эмоциональной комплаентности пациентов и личностных компонентов их врачей

Высокая эмоциональная комплаентность пациентов связана с выраженностью у врачей самоконтроля ( $r=0,316$ ;  $p<0,01$ ), понимания ( $r=0,305$ ;  $p<0,01$ ), ответственности ( $r=0,297$ ;  $p<0,01$ ), тревожности ( $r=0,241$ ;  $p<0,05$ ), доминирования ( $r=0,223$ ;  $p<0,05$ ), напряжённости ( $r=0,218$ ;  $p<0,05$ ), общительности ( $r=0,217$ ;  $p<0,05$ ), эмоциональной комфортности ( $r=-0,227$ ;  $p<0,05$ ), а также с их низкой активностью ( $r=-0,208$ ;  $p<0,05$ )

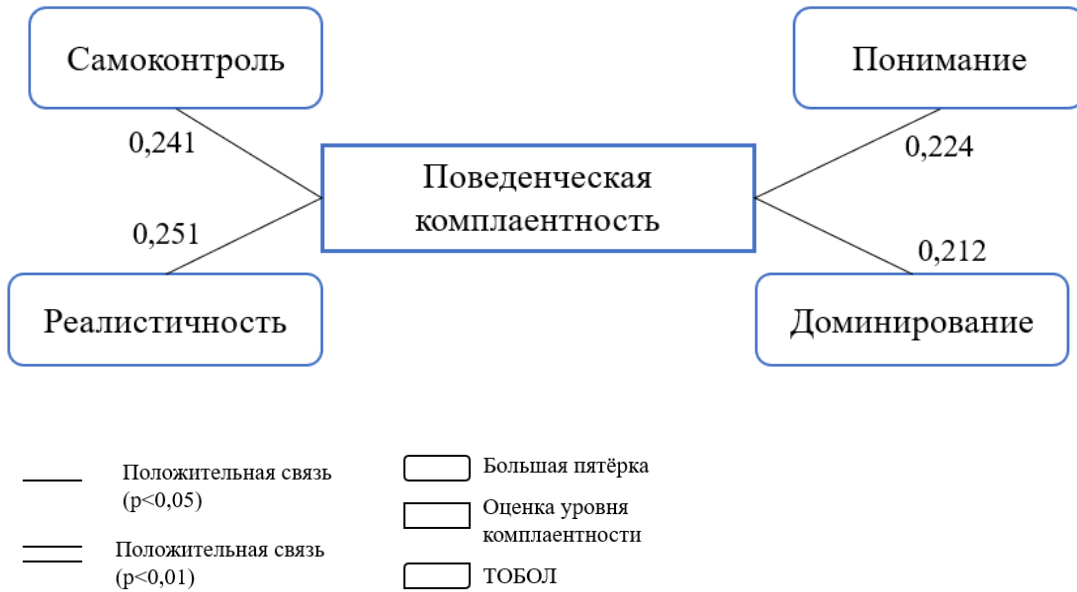
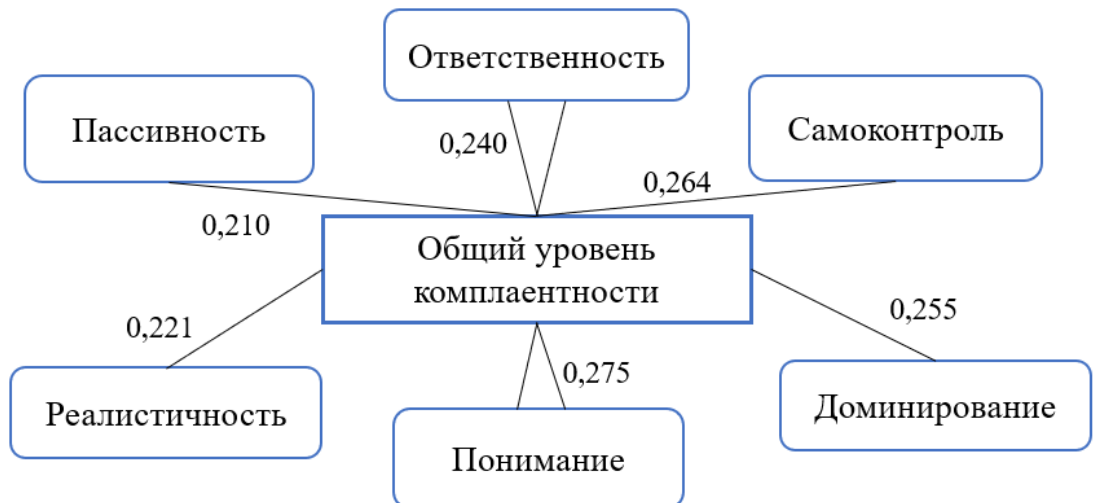


Рис.13. Корреляционная плеяда шкалы уровня поведенческой комплаентности пациентов и личностных компонентов их врачей

Высокая поведенческая комплаентность пациентов связана с выраженностью у врачей самоконтроля ( $r=0,241$ ;  $p < 0,05$ ), понимания ( $r=0,224$ ;  $p < 0,05$ ), доминирования ( $r=0,212$ ;  $p < 0,05$ ) и реалистичности ( $r=-0,251$ ;  $p < 0,05$ ).



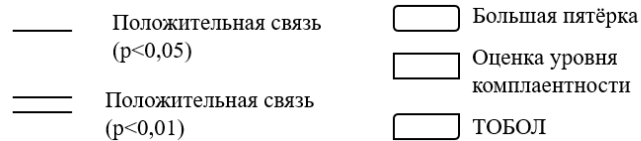


Рис.14. Корреляционная плеяда шкалы общего уровня комплаентности пациентов и личностных компонентов их врачей

Высокий общий уровень комплаентности пациентов связан с выраженностью у врачей понимания ( $r=0,275$ ;  $p < 0,01$ ), самоконтроля ( $r=0,264$ ;  $p < 0,05$ ), доминирования ( $r=0,255$ ;  $p < 0,05$ ), ответственности ( $r=0,240$ ;  $p < 0,05$ ), реалистичности ( $r=-0,221$ ;  $p < 0,05$ ), а также с их низкой активностью ( $r=-0,210$ ;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, ориентация врача на социум, его позитивное отношение к людям взаимосвязаны с высоким уровнем общего и эмоционального комплаенса его пациентов.

### **3.2.2. Анализ взаимосвязей между индивидуально-личностными характеристиками врачей (личностные компоненты) и типом отношения к болезни их пациентов**

Далее был проведён корреляционный анализ взаимосвязей между индивидуально-личностными характеристиками врачей (личностные компоненты) и типом отношения к болезни у их пациентов. Полная корреляционная матрица данных показателей представлена в табл.4 Приложения.



Установлено, что практически все типы отношений к болезни у пациентов так или иначе связаны с личностными чертами, свойственными врачам.

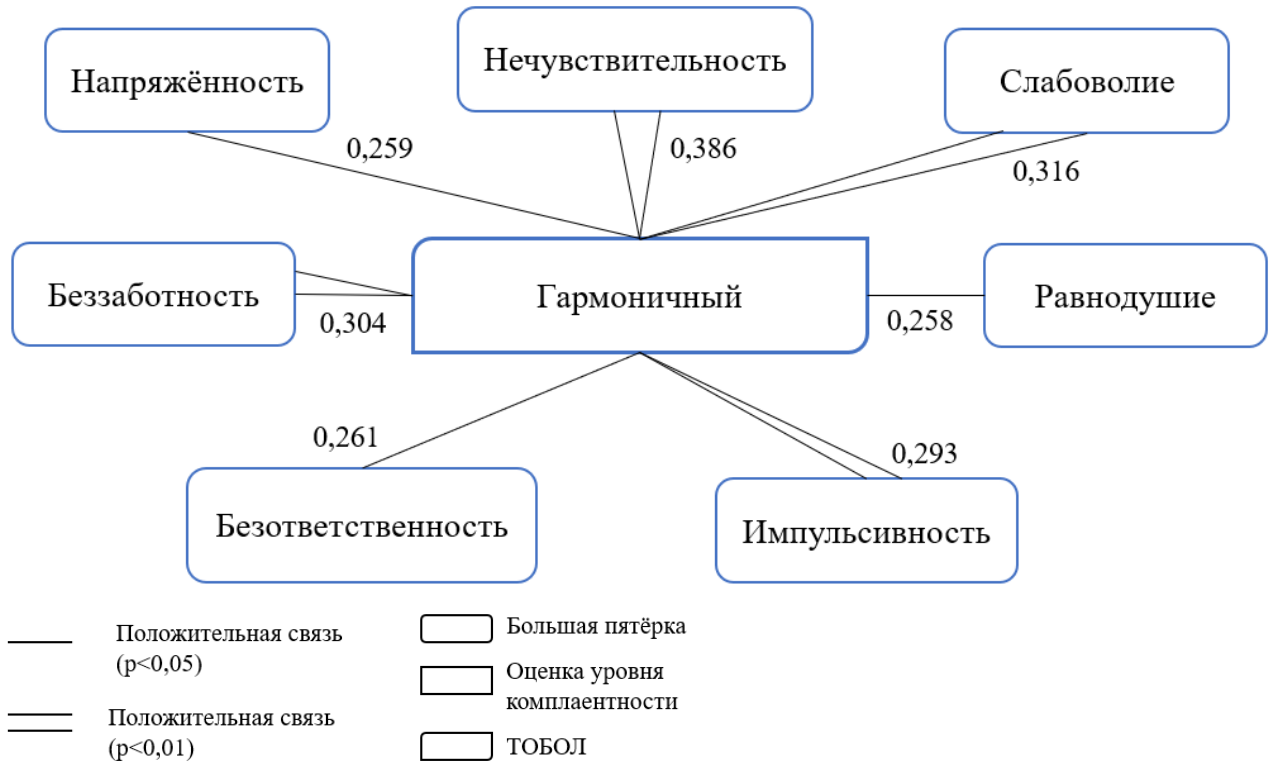


Рис.14. Корреляционная плеяда показателей гармоничного типа отношения к болезни пациентов и личностных компонентов их врачей

Так, выраженность гармоничного типа отношения к болезни у пациентов связана с напряжённостью ( $r=0,259$ ;  $p < 0,05$ ), нечувствительностью ( $r=-0,386$ ;  $p < 0,01$ ), слабоволием ( $r=-0,316$   $p < 0,01$ ), беззаботностью ( $r=-0,304$ ;  $p < 0,01$ ), импульсивностью ( $r=-0,293$ ;  $p < 0,01$ ), безответственностью ( $r=-0,261$ ;  $p < 0,05$ ) и равнодушием ( $r=-0,258$ ;  $p < 0,05$ ) у врачей, что может означать, что умение разделять ответственность, быть эмоционально сдержанным и стабильным помогает пациенту в развитии гармоничного отношения к заболеванию.

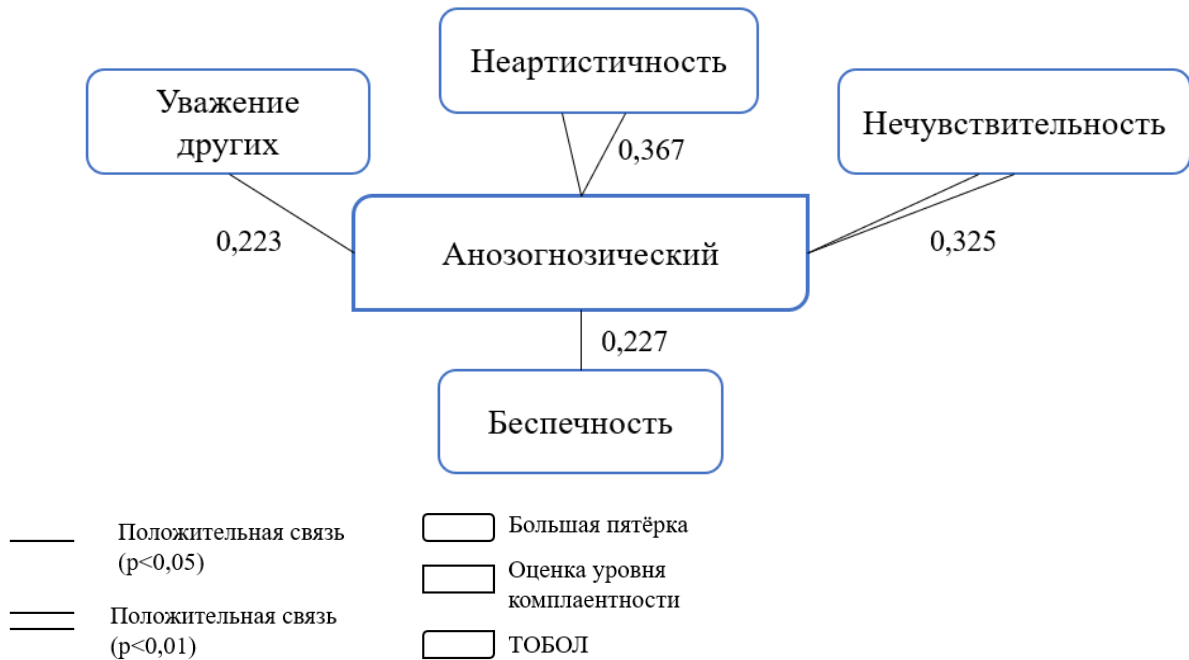
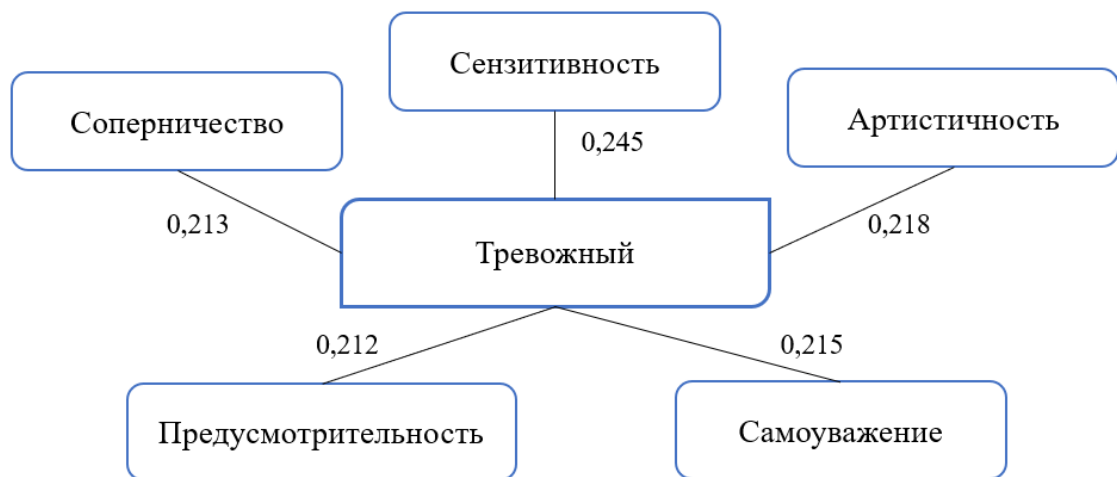


Рис.15. Корреляционная плеяда показателей анозогнозического типа отношения к болезни пациентов и личностных компонентов их врачей

Выраженность анозогнозического типа отношения к болезни у пациентов связана с уважением других ( $r=0,223$ ;  $p < 0,05$ ), не артистичностью ( $r=-0,367$ ;  $p < 0,01$ ), нечувствительностью ( $r=-0,325$ ;  $p < 0,01$ ) и беспечностью ( $r=-0,227$ ;  $p < 0,05$ ) у врачей.



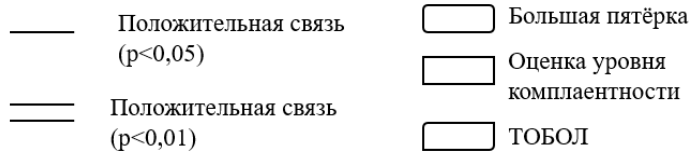


Рис.16. Корреляционная плеяда показателей тревожного типа отношения к болезни пациентов и личностных компонентов их врачей

Выраженность тревожного типа отношения к болезни у пациентов связана с сензитивностью ( $r=0,245$ ;  $p < 0,05$ ), артистичностью ( $r=0,218$ ;  $p < 0,05$ ), предусмотрительностью ( $r=0,212$ ;  $p < 0,05$ ), самоуважением ( $r=-0,215$ ;  $p < 0,05$ ) и склонностью к соперничеству ( $r=-0,213$ ;  $p < 0,05$ ) у врачей.

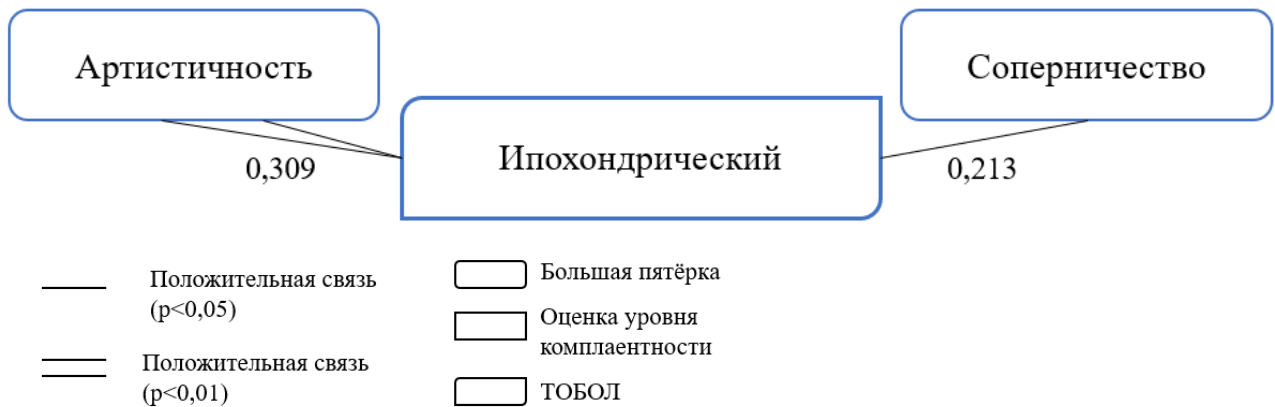


Рис.17. Корреляционная плеяда показателей ипохондрического типа отношения к болезни пациентов и личностных компонентов их врачей

Выраженность ипохондрического типа отношения к болезни у пациентов связана с артистичностью ( $r=0,309$ ;  $p < 0,01$ ) и склонностью к сотрудничеству ( $r=-0,213$ ;  $p < 0,05$ ) у врачей.

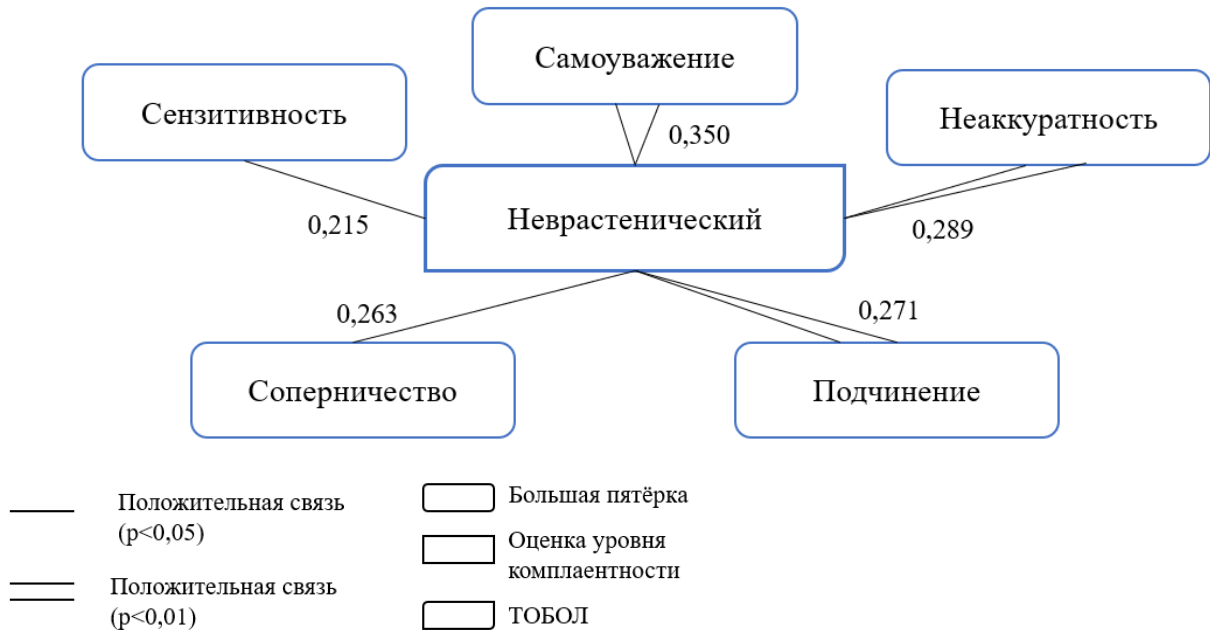
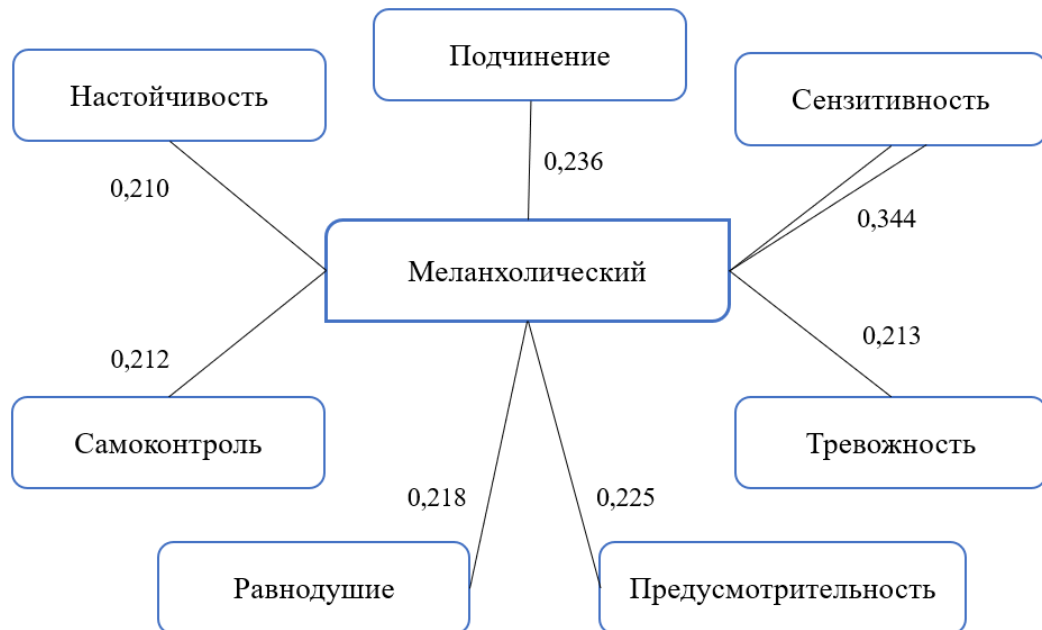


Рис.18. Корреляционная плеяда показателей неврастенического типа отношения к болезни пациентов и личностных компонентов их врачей

Выраженность неврастенического типа отношения к болезни у пациентов связана с сензитивностью ( $r=0,215$ ;  $p<0,05$ ), самоуважением ( $r=-0,350$ ;  $p<0,01$ ), неаккуратностью ( $r=-0,289$ ;  $p<0,01$ ), подчинением ( $r=-0,271$ ;  $p<0,01$ ) и склонностью к соперничеству ( $r=-0,263$ ;  $p<0,05$ ).



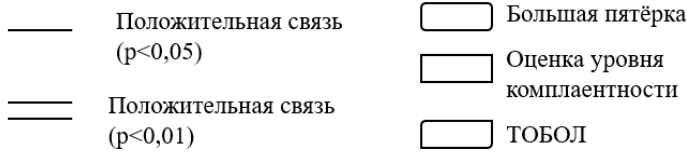


Рис.19. Корреляционная плеяда показателей меланхолического типа отношения к болезни пациентов и личностных компонентов их врачей

Выраженность меланхолического типа отношения к болезни у пациентов связана с сензитивностью ( $r=0,344$ ;  $p<0,01$ ), предусмотрительностью ( $r=0,225$ ;  $p<0,05$ ), тревожностью ( $r=0,213$ ;  $p<0,05$ ), самоконтролем ( $r=0,212$ ;  $p<0,05$ ), настойчивость ( $r=0,210$ ;  $p<0,05$ ), подчинением ( $r=-0,236$ ;  $p<0,05$ ) и равнодушием ( $r=-0,218$ ;  $p<0,05$ ) у врачей.

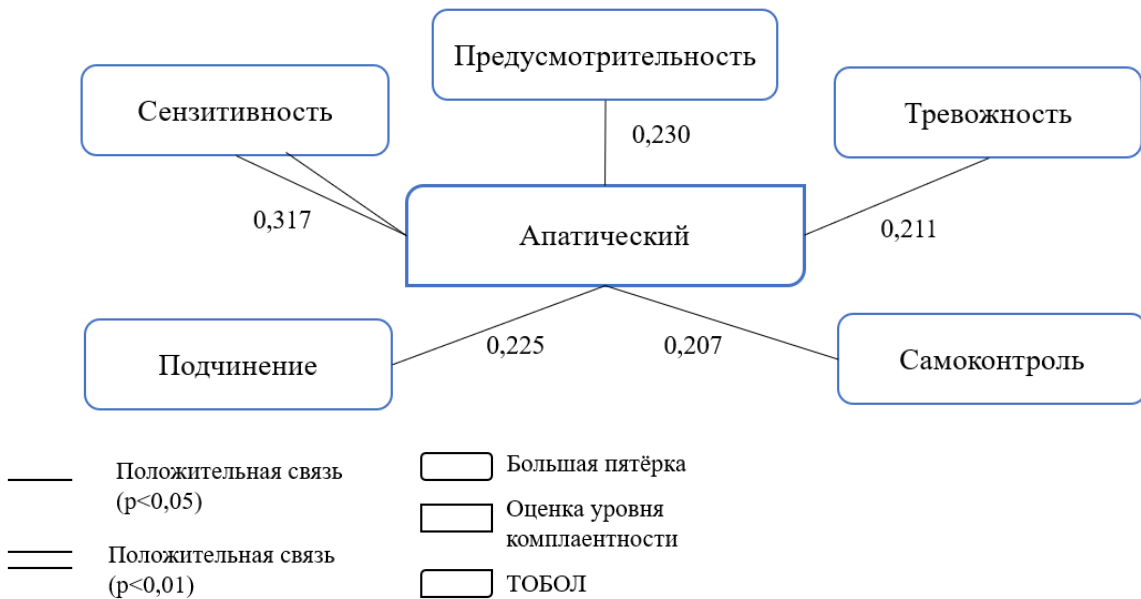


Рис.20. Корреляционная плеяда показателей апатического типа отношения к болезни пациентов и личностных компонентов их врачей

Выраженность апатического типа отношения к болезни у пациентов связана с сензитивностью ( $r=0,317$ ;  $p<0,01$ ), предусмотрительностью ( $r=0,230$ ;

$p < 0,05$ ), тревожностью ( $r=0,211$ ;  $p < 0,05$ ), самоконтролем ( $r=0,207$ ;  $p < 0,05$ ) и подчинением ( $r=-0,225$ ;  $p < 0,05$ ) у врачей.

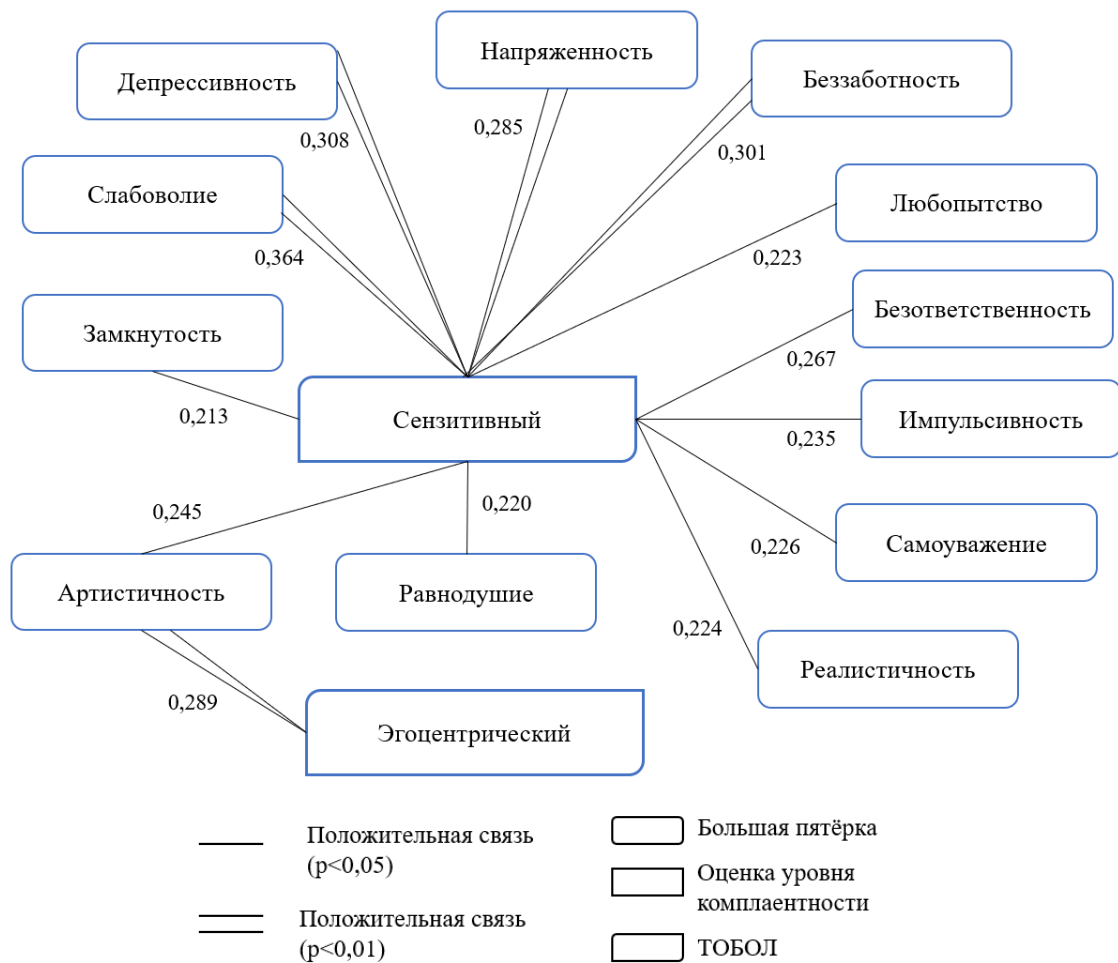


Рис.21. Корреляционная плеяда показателей сензитивного типа отношения к болезни пациентов и личностных компонентов их врачей

Выраженность сензитивного типа отношения к болезни у пациентов связана с депрессивностью ( $r=0,308$ ;  $p < 0,01$ ), напряжённостью ( $r=0,285$ ;  $p < 0,01$ ), артистичностью ( $r=0,245$ ;  $p < 0,05$ ), любопытством ( $r=0,223$ ;  $p < 0,05$ ), слабоволием ( $r=-0,364$ ;  $p < 0,01$ ), безответственностью ( $r=-0,267$ ;  $p < 0,05$ ), импульсивностью ( $r=-0,235$ ;  $p < 0,05$ ), самоуважением ( $r=-0,226$ ;  $p < 0,05$ ), реалистичностью ( $r=-0,224$ ;  $p < 0,05$ ), равнодушием ( $r=-0,220$ ;  $p < 0,05$ ) и замкнутостью ( $r=-0,213$ ;  $p < 0,05$ ) у врачей.

Таким образом, ориентация врача на социум, его позитивное отношение к людям взаимосвязаны с меньшей выраженностью среди его пациентов апатических, депрессивных и неврастенических переживаний относительно заболевания.

### **3.3. Сравнение взаимосвязи схожести/различности личностных профилей врачей и пациентов с их уровнем комплаентности и отношением к болезни**

Для оценки достоверности третьей гипотезы исследования было проведено несколько этапов. На начальном этапе сравнивались личностные профили каждого врача и их пациентов (средние значения по каждой из 6 групп пациентов). В результате качественного анализа была обнаружена возможность распределения врачей и их пациентов на 2 группы по критерию количества различающихся личностных компонентов, где в первой группе будут находиться врачи, профили которых схожи с усредненным профилем их пациентов (т.е. различаются не более чем по 6 личностным параметрам), а во второй группе – врачи, личностных профилей которых отличается от усредненного профиля пациентов более чем по 6 параметрам.

На втором этапе сравнённые личностные профили врачей и их пациентов были распределены на две группы:

1 группа – личностные профили у врачей и пациентов сходны, т. е. различаются не более чем по 6 личностным параметрам (45 пациентов врачей №1, №3 и №4);

Таблица 9

**Данные по личностным профилям 1 группы (схожесть профилей).**

Врач №1	Пациенты №1	Врач №3	Пациенты №3	Врач №4	Пациенты №4
1. Интроверсия	2. Баланс между интроверсией и экстраверсией	1. Экстраверсия: активность, доминирование, общительность, поиск впечатлений, поиск внимания		1. Интроверсия	1. Экстраверсия
активность				Активность, доминирование, привлечение внимания	
подчинённость, замкнутость, избегание впечатлений, избегание внимания	доминирование, общительность, поиск впечатлений, поиск внимания			Замкнутость, избегание впечатлений	Общительность, поиск впечатлений
2. Привязанность: теплота, сотрудничество, доверчивость, понимание, уважение других				2. Привязанность: сотрудничество, доверчивость, понимание, уважение других	
				равнодушие	теплота
3. Контролирование: аккуратность, настойчивость, ответственность, самоконтроль, предусмотрительность					
4. Эмоциональность: тревожность, напряжённость, депрессивность, самокритика, эмоциональная лабильность		4. Эмоциональная сдержанность	4. Эмоциональность	4. Эмоциональность: тревожность, самокритика, эмоциональная лабильность	
		беззаботность, расслабленность, эмоциональная комфортность, самодостаточность, стабильность	тревожность, напряжённость, депрессивность, самокритика, эмоциональная лабильность	напряжённость	расслабленность
5. Экспрессивность: любопытство, мечтательность, артистичность, <u>сензитивность</u> , пластичность					

Врачи первой группы продемонстрировали схожесть со своими пациентами по выраженности параметров привязанности, контролирования и экспрессивности. Таким образом, им были свойственны позитивный настрой в отношении людей и творческое мировосприятие, которое в поведении, однако, подчинено выраженной волевой саморегуляции. Различия наблюдались в



рамках социальной направленности личности: для врачей №1 и №4 были свойственны выраженные интроверсивные тенденции, в то время как для их пациентов был характерен баланс между интроверсией и экстраверсией. В случае врача №3 наблюдались расхождения по фактору эмоциональности – для самого врача была скорее свойственна эмоциональная устойчивость, в то время как для его пациентов – высокий уровень нейротизма.

2 группа – личностные профили у врачей и пациентов различны, т. е. различаются более чем по 6 личностным параметрам (45 пациентов врачей №2, №5 и №6).

Таблица 10

**Данные по личностным профилям 2 группы (различность профилей), врач №2**

Врач №2	Пациенты №2
1. Интроверсия: активность, доминирование, замкнутость, привлечение внимания	
поиск впечатлений	избегание впечатлений
2. Отделённость: равнодушие, подозрительность, непонимание	
2. Привязанность: теплота, доверчивость, понимание	
уважение других	
3. Естественность: неаккуратность, отсутствие настойчивости, отсутствие ответственности	3. Контролирование: аккуратность, настойчивость, ответственность
самоконтроль, предусмотрительность	
4. Эмоциональность: тревожность, напряжённость, депрессивность, самокритика, эмоциональная лабильность	
5. Баланс между экспрессивностью и практичностью: любопытство, мечтательность	
<u>неартистичность</u> , нечувствительность, ригидность	артистичность, <u>сензитивность</u> , пластичность

Таблица 11

**Данные по личностным профилям 2 группы (различность профилей), врач  
№5**

Врач №5	Пациенты №5
1. Интроверсия: замкнутость, избегание впечатлений, избегание внимания	1. Баланс между экстраверсией и интроверсией: общительность, поиск впечатлений, привлечение внимания
активность, доминирование	
2. Привязанность: теплота, сотрудничество, подозрительность, понимание, уважение других	
3. Контролирование: аккуратность, настойчивость, ответственность, самоконтроль, предусмотрительность	
4. Баланс между эмоциональностью и эмоциональной сдержанностью: тревожность, депрессивность, самокритика, эмоциональная лабильность	
расслабленность	напряжённость
5. Баланс между экспрессивностью и практичностью: ригидность	5. Экспрессивность: пластичность
любопытство, реалистичность, артистичность, <u>сензитивность</u>	

Таблица 12

**Данные по личностным профилям 2 группы (различность профилей), врач №6**

Врач №6	Пациенты №6
1. Баланс между экстраверсией и интроверсией: доминирование, общительность, привлечение внимания	
пассивность, поиск впечатлений	активность, избегание впечатлений
2. Привязанность: теплота, сотрудничество, доверчивость, понимание, уважение других	
3. Контролирование: аккуратность, настойчивость, ответственность, самоконтроль, предусмотрительность	
4. Эмоциональная сдержанность: беззаботность, расслабленность, эмоциональная комфортность, стабильность	4. Эмоциональность: тревожность, напряжённость, депрессивность, эмоциональная лабильность
самокритика	
5. Баланс между экспрессивностью и практичностью: ригидность	5. Экспрессивность: пластичность
Любопытство, мечтательность, артистичность, <u>сензитивность</u>	

Во второй группе можно наблюдать разнообразные сочетания личностных характеристик врачей и пациентов. Стоит отметить, что, во второй группе наблюдается большая распространённость баланса между характеристиками как среди врачей, так и среди пациентов.

На третьем этапе было проведено сравнение уровня комплаентности и типов отношения к болезни у пациентов двух групп с помощью t-критерия Стьюдента для парных выборок.

Было установлено, что значимые различия как в общем уровне комплаентности, так и в разных её видах (социальной, эмоциональной, поведенческой) между двумя группами пациентов отсутствуют (табл.5

Приложения). Следовательно, схожесть или различие личностных профилей врачей и пациентов не влияют на степень приверженности лечению.

Однако было выявлено несколько значимых различий между двумя группами пациентов в выраженности типов их отношения к болезни (табл.5 Приложения).

Таблица 13

**Результаты изучения взаимосвязи типа отношения к болезни пациентов со схожестью/различием их личностных профилей с профилем лечащего врача**

<p align="center"><b>Схожесть</b> личностного профиля врача и усреднённого профиля его пациентов (1 группа)</p>	<p align="center">Большая выраженность <b>эгоцентрического</b> (<math>t=3,9</math>; <math>p&lt;0,01</math>), <b>меланхолического</b> (<math>t=2,9</math>; <math>p&lt;0,01</math>), <b>апатического</b> (<math>t=2,8</math>; <math>p&lt;0,01</math>) и <b>тревожного</b> (<math>t=2,2</math>; <math>p&lt;0,05</math>) типов отношения к болезни</p>
<p align="center"><b>Различие</b> личностного профиля врача и усреднённого профиля его пациентов (2 группа)</p>	<p align="center">Большая выраженность <b>анозогнозического</b> (<math>t=-3,8</math>; <math>p&lt;0,01</math>) и <b>гармоничного</b> (<math>t=-2,9</math>; <math>p&lt;0,01</math>) типов отношения к болезни</p>

Так, установлено, что пациентам, имеющим сходный личностный профиль с лечащим врачом, свойственна большая выраженность эгоцентрического ( $t=3,9$ ;  $p<0,01$ ), меланхолического ( $t=2,9$ ;  $p<0,01$ ), апатического ( $t=2,8$ ;  $p<0,01$ ) и тревожного ( $t=2,2$ ;  $p<0,05$ ) типов отношения к болезни. На уровне статистической тенденции для данных пациентов также

свойственна большая выраженность неврастенического ( $t=1,9$ ;  $0,05 < p < 0,10$ ) и ипохондрического ( $t=1,8$ ;  $0,05 < p < 0,10$ ) типов отношения к болезни. Таким образом, личностная схожесть лечащего врача с его пациентами связана с более высокой распространённостью среди пациентов таких проявлений как активное требование внимания к своей персоне, пессимистичная оценка собственного состояния, тревога относительно здоровья и безразличное отношение к своей судьбе и процессу лечения, что является дезадаптивными реакциями на болезнь.

В свою очередь, пациентам, имеющим различный личностный профиль с лечащим врачом, свойственна большая выраженность анозогнозического ( $t=-3,8$ ;  $p < 0,01$ ) и гармоничного ( $t=-2,9$ ;  $p < 0,01$ ) типов отношения к болезни. Следовательно, взаимодополняемость личностных характеристик врача и его пациентов способствует формированию адаптивных реакций на болезнь в виде реалистичной оценки своего состояния или недооценки его тяжести.

Схожесть личностных профилей пациентов и их врачей не влияет на уровень комплаентности пациентов, однако связана с их отношением к болезни. С адаптивными типами реагирования на болезнь пациентов взаимосвязана различность их личностных характеристик и характеристик лечащего врача, демонстрирующая, таким образом, положительный эффект взаимодополняемости личности врача и пациента. Следующим этапом эмпирического исследования было обобщение аналитических данных и формулирование выводов.

#### 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов исследования врачей позволил составить усреднённый личностный профиль врачебной выборки.

Данный личностный профиль характеризуется равно выраженными экстравертными и интровертными установками, что позволяет предполагать наличие у врачей как активности, стремления к доминированию, оптимистичности и поиска внимания, так и некоторую замкнутость, склонность опираться на собственные силы, возможно, недостаточное внимание к происходящим вокруг событиям и избегание риска.

Равно выражены у врачей как тенденции к обособленности, так и к привязанности. Можно предполагать, что данные респонденты, с одной стороны, отличаются устойчивым позитивным отношением к людям, развитыми эмпатическими способностями, навыками сопереживания и сочувствия к окружающим, чувством личной ответственности за благополучие других людей, доверчивостью, стремлением к сотрудничеству. С другой же стороны, исследованные врачи стремятся быть независимыми, самостоятельными в своей деятельности, хотят достигнуть совершенства, могут в той или иной ситуации проявить холодность по отношению к другим людям, испытывают первоначальную потребность в самоуважении, а не в уважении со стороны окружающих.

Исследованные врачи характеризуются высоким самоконтролем своего поведения, развитой волевой саморегуляцией, добросовестностью, обязательностью, аккуратностью, настойчивостью, сознательностью, ответственностью и предусмотрительностью.

Эмоциональная стабильность данных врачей, вероятнее всего, обусловлена воздействием ряда внешних и внутренних факторов. Эти факторы, в зависимости от ситуации и других влияний, обеспечивают либо

самодостаточность, уверенность в своих силах, эмоциональную комфортность, самодостаточность, либо, напротив, импульсивные реакции, напряжённость, тревожность, депрессивность и самокритику.

Исследованным врачам свойственна также высокая экспрессивность, проявляющаяся в лёгком отношении к жизни, сензитивности, любопытстве, мечтательности, артистичности, развитием эстетическом и художественном вкусе.

Таким образом, усреднённый личностный профиль врачей отражает их амбивертные установки, отзывчивость и чуткость в сочетании с независимостью, высокий уровень волевой саморегуляции поведения наравне с относительной эмоциональной устойчивостью и экспрессивностью.

Анализ исследования выборки пациентов позволил установить их усреднённый личностный профиль.

Так, исследованные пациенты отличаются высоким уровнем комплаентности во всех трёх сферах. Следовательно, данные пациенты рассматривают врача как эмоционально значимую фигуру, которой полностью доверяют, в некоторых случаях склонны даже перекладывать на него всю ответственность за своё лечение. Переживание болезни у них чаще всего сопровождается тревожностью, мнительностью, сензитивностью и склонностью оповещать врача обо всех (даже малейших) изменениях в организме. При этом они характеризуются ситуативной поведенческой позицией, благоразумностью, рассудительностью, склонностью рассматривать врача как коллегу, вместе с которым они борются с заболеванием.

Отметим, что поведенческая комплаентность возрастает пропорционально возрасту пациентов, следовательно, чем старше пациент, тем более строго он следует врачебным рекомендациям. При этом уровень социальной и

эмоциональной комплаентности примерно одинаково высокий у пациентов всех возрастов, а также у пациентов разного пола.

Большинство исследованных пациентов отличается чистым типом отношения к своему заболеванию, т.е. устойчиво сформированной моделью поведения и переживания болезни, причём преимущественно адаптивной направленности. В основном в выборке пациентов наблюдаются типы отношения к болезни либо с сохранением социального функционирования и адаптивным личностным реагированием, либо с дисфункциональным личностным реагированием преимущественно интерпсихической направленности, сензитивными тенденциями, чувствительностью к мнению окружающих о наличии у пациента заболевания. При этом наиболее условно зрелый тип отношения к болезни – гармоничный – среди данных пациентов практически не встречается.

Кроме того, пациенты более зрелого возраста в переживании болезни чаще демонстрируют эгоцентрические тенденции, демонстративность, требование исключительного ухода, заботы и внимания окружающих (в том числе лечащего врача).

Пациенты мужского пола в переживании своего заболевания, чаще женщин демонстрируют признаки отрицания болезни, желание самостоятельно разобраться с её симптомами либо вовсе не воспринимать их как значимые, а также признаки пренебрежительности, легкомысленности к лечению, отказ от соблюдения врачебных рекомендаций. Пациенты женского пола, в свою очередь, несколько чаще мужчин в переживании своего заболевания демонстрируют поведение по типу «раздражительной слабости», нетерпеливость, неумение и нежелание терпеть болевые ощущения, а также чрезмерную ранимость, уязвимость, озабоченность возможными



неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни.

Усреднённый личностный профиль пациентов, в целом, мало отличается от усреднённого профиля врачей.

Большинству исследованных пациентов так же свойственны равно выраженные экстравертные и интровертные установки. Можно предполагать наличие у пациентов личностных черт, отражающих активность, стремление к доминированию, общительность, поиск впечатлений, стремление к риску и привлечению внимания. Однако также и личностных черт, отражающих, напротив, стремление к одиночеству, самостоятельность, независимость, стремление опираться на собственное мнение и потребности.

Данные пациенты характеризуются высоким уровнем привязанности, выражающимся в тёплом, отзывчивом отношении к окружающим людям, склонности к сотрудничеству с ними, доверчивости, выраженной потребности в уважении со стороны других людей.

Большинству пациентов свойственна развитая волевая саморегуляция поведения, аккуратность, настойчивость, ответственность, самоконтроль, предусмотрительность, сознательность.

Вместе с тем многие пациенты отличаются выраженной эмоциональностью и экспрессивностью. Следовательно, наравне с высоким контролем поведения у данных пациентов встречаются признаки эмоциональной лабильности, тревожности, склонности к самокритичности, а также стремление делиться с окружающими сильными эмоциями, сензитивность и пластичность психической деятельности.

Таким образом, усреднённый личностный профиль пациентов отражает их амбивертность, стремление выстраивать устойчивые положительные

отношения с окружающими людьми, развитые волевые качества наряду с высокой эмоциональностью, лабильностью и сензитивностью.

Установлено, что пациентам женского пола в большей степени свойственны неустойчивость эмоционального фона, состояние тревожности, напряжённости и депрессивности, поиск уважения со стороны других людей, повышенная самокритичность и склонность прибегать к стратегиям сотрудничества в конфликте. Кроме того, пациенты более зрелого возраста демонстрируют более развитые волевые качества, более успешно выстраивают межличностные отношения, стремятся к сотрудничеству и проявляются сензитивность. В то же время более молодые пациенты чаще стремятся к поиску впечатлений, отличаются большей пластичностью психической деятельности и более высокими показателями депрессивности.

Описанные выше особенности как врачей, так и пациентов оказались связаны между собой.

Так, установлено, что более развитые процессы саморегуляции поведения у пациентов связаны с их зависимостью от мнения и поддержки врача, склонностью чётко выполнять выданные им рекомендации и план лечения, а также более сильной тревожностью. При этом пациенты с высоким уровнем социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности демонстрируют большую предусмотрительность, ответственность, аккуратность, а также отличаются высокой пластичностью психической деятельности.

Эти результаты позволили подтвердить первую поставленную гипотезу о взаимосвязи личностных особенностей пациентов и уровня их комплаентности.

Выраженность разных типов отношения к болезни и уровень комплаентности пациентов так же связан с личностными особенностями лечащих врачей.

Так, стремление выстраивать устойчивые положительные отношения с окружающими, отзывчивость, эмпатичность врачей способствуют большей приверженности лечению, а также снижению тревожных и депрессивных переживаний, связанных с болезнью, раздражительности, апатичности. В то же время и наоборот, высказывание пациентами доверия к врачу и его плану лечения и демонстрация сверхдурчёрности болезнью, подавленности, напряжённости, утраты интереса к жизни приводит к обособленности врача, стремлению избегать близких контактов с пациентом.

Наличие у врачей черт настойчивости, ответственности, аккуратности приводит к повышению у пациентов уровня комплаентности и снижению признаков сверхчувствительности к заболеванию, ранимости, колебаний настроения. Вместе с тем, наоборот, эмоциональная лабильность пациентов, озабоченность мнением окружающих (и лечащего врача) заболеванием, его проявлениями и последствиями наряду со слабой приверженностью лечению способствует снижению данных волевых качеств врача и может приводить к импульсивным действиям с его стороны.

Экспрессивность врача, демонстрация им нереалистичных взглядов на жизнь и лечение, сензитивности, артистичности в поведении приводит к снижению уровня комплаентности пациентов, а также к уменьшению у них выраженности активного отрицания болезни, пессимистичности, депрессивности и тревожности, апатичности, раздражительности, демонстративности. Кроме того, низкий уровень практичности в поведении врача приводит также к снижению, в целом, адаптивности отношения к болезни у пациентов. В то же время, выраженность дезадаптивных переживаний своего заболевания преимущественно с интрапсихической направленностью у пациентов в сочетании с высоким уровнем приверженности лечению

способствует проявлению врачом большей реалистичности и эмоциональной устойчивости.

Наличие у врачей признаков тревожности и депрессивности в поведении и эмоциональных реакциях обуславливает проявление у пациентов эмоциональной лабильности, неустойчивости, уязвимости, ранимости, пессимистичности, утраты интереса к жизни и, в целом, дезадаптивных переживаний интрапсихической направленности. Вместе с тем и напротив, более адаптивное отношение к болезни у пациентов, связанное с реалистичным и взвешенным стилем переживаний своего заболевания, стремление содействовать успеху лечения, эмоциональная устойчивость пациентов способствует более ровному эмоциональному фону их лечащего врача.

Эти результаты позволили подтвердить вторую поставленную гипотезу о взаимосвязи личностных особенностей врачей, уровня комплаентности и выраженности типов отношения к болезни у пациентов.

Отдельной частью исследования было сравнение личностных профилей врачей и их пациентов для выявления их схожести/различности и установления связи уровня комплаентности и типов отношения к болезни у пациентов в зависимости от сходства или отличия их личностного профиля от личностного профиля врача. В соответствии с данной задачей были выделены группа с тремя сходными профилями врача и пациентов и группа с тремя различными профилями врача и пациентов. Отметим, что сходные профили врачей и пациентов характеризуются положительными отношениями с окружающими, сотрудничеством, развитыми волевыми качествами, высоким уровнем экспрессивности и эмоциональности. Различные профили врачей и пациентов, в свою очередь, характеризуются тем, что врачам свойственны замкнутость, пассивность, ригидность, подозрительность, эмоциональная устойчивость,

тогда как пациентам – сотрудничество, привязанность, пластичность, активность, общительность.

Было установлено, что схожесть или различие индивидуально-личностных особенностей пациентов и их лечащих врачей не влияет на уровень приверженности лечению у пациентов, их степени доверия к врачу и стремления соблюдать рекомендации.

Однако сходство личностных профилей врачей и их пациентов влияет на тип отношения к болезни у пациентов. Так, схожесть индивидуально-личностных особенностей врачей и их пациентов обуславливает большую дезадаптивность отношения к болезни у пациентов. Это выражается в проявлениях демонстративности, ранимости, уязвимости, утраты интереса к жизни, тревожности, раздражительности и ипохондричности у пациентов.

Различные же личностные профили пациентов и их лечащих врачей способствуют более адаптивному отношению к болезни у пациентов: реалистичной, взвешенной оценке своего состояния или активному отрицанию болезни, легкомысленности.

Таким образом, третья поставленная гипотеза была опровергнута, поскольку схожесть личностных профилей пациентов и их лечащих врачей не влияет на уровень комплаентности пациентов и обуславливает большую дезадаптивность их отношения к болезни.

## ВЫВОДЫ

1. Пациенты с высоким уровнем приверженности лечению характеризуются такими чертами личности как: добросовестность, ответственность, обязательность, точность и аккуратность в делах и ригидность.

2. Ориентация врача на социум, его позитивное отношение к людям взаимосвязаны с высоким уровнем общего и эмоционального комплаенса его пациентов, а также с меньшей выраженностью среди его пациентов апатических, депрессивных и неврастенических переживаний относительно заболевания.

3. Схожесть личностных профилей пациентов и их врачей не влияет на уровень комплаентности пациентов, однако связана с их отношением к болезни. С адаптивными типами реагирования на болезнь пациентов взаимосвязана различность их личностных характеристик и характеристик лечащего врача, демонстрирующая, таким образом, положительный эффект взаимодополняемости личности врача и пациента.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Полученные в ходе данного исследования результаты позволяют сформулировать следующие практические рекомендации по повышению уровня комплаентности пациентов:

1. Просвещение и информирование населения о важности заботы о здоровье начиная с ранних институтов социализации – например, образовательных учреждений, представляется перспективным направлением в рамках формирования ценностных и поведенческих стереотипов в момент становления личности. Наблюдающаяся смена парадигм взаимодействия между врачом и пациентом также актуализирует потребность в информировании населения о важности формирования активной и заинтересованной позиции относительно своего здоровья и лечения, представления о терапии как о процессе взаимодействия с медицинским персоналом, а не пассивном следовании указаниям.
2. Развитие индивидуального менеджмента в рамках формирования диады врач-пациент позволит, благодаря учёту личностных характеристик, эффективнее поддерживать желаемые паттерны пациента и сглаживать возможные «острые углы», поскольку различность личностных профилей врачей с их пациентами имеет потенциальное благоприятное воздействие на уровень приверженности лечению и демонстрируемые реакции на болезнь.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе написания дипломной работы поставленные цели были достигнуты, задачи были выполнены, сформулированные гипотезы о взаимосвязях индивидуально-личностных особенностей врачей и пациентов с приверженностью лечения были подтверждены.

Ценность полученных данных представляется в виде расширения имеющегося теоретического базиса представлений о феномене приверженности лечению и факторах, оказывающих влияние на его формирование.

Исследование вклада индивидуальных особенностей и лечащего врача, и самого пациента позволяет сформировать адекватное представление относительно влияния каждого из участников диады врач-пациент на успешность терапии и, соответственно, расширить фокус внимания, направленного на поиск точек воздействия в рамках модернизации системы здравоохранения.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Агранович Н. В. и др. Необходимость развития и значение "Школы пациента" В комплексной терапии гипертонической болезни //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 1. – С. 75-75.
2. Акименко, Г. В. К вопросу о реализации личностного потенциала студентов медицинского университета в процессе освоения курса "психологии и педагогики" / Г. В. Акименко, Т. М. Михайлова // Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее : сборник статей XI Международной научно-практической конференции, Пенза, 05 сентября 2017 года. – Пенза: "Наука и Просвещение" (ИП Гуляев Г.Ю.), 2017. – С. 209-212.
3. Бабин С., Шлафер А. Комплаенс-терапия больных шизофренией. Практическое руководство. – Litres, 2020.
4. Бакина Ю. А., Богущевская Ю. В. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПРИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВАХ //Молодежь-практическому здравоохранению. – 2019. – С. 381-387.
5. Белоусов Ю. Б., Моисеев В. С., Лепяхин В. К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. – 1997.
6. Боголепова И. Н. Гендерные особенности неврологической патологии //Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2018. – Т. 12. – №. 5. – С. 95-98.
7. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Федорова В. Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. 2008. № 27. С. 67-71.

8. Громько Е. В., Соколова Э. А. Исторический аспект внутренней картины болезни (обзор литературы) //Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – №. 1 (31). – С. 37-44.
9. Данилов, Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации / Д. С. Данилов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 4-12.
10. Доница А. Д. Интериоризация профессиональной роли врача: социальные, психологические и соматические детерминанты //Волгоград–2010–368 с. – 2010.
11. Захарова Е. А., Ежова Ю. М. Мотивационная готовность как компонент психологической готовности к профессиональной деятельности студентов-медиков //Медицинский альманах. – 2018. – №. 1 (52). – С. 14-18.
12. Захарова Е. А., Ежова Ю. М., Раков Н. А. Эмпатия как основа коммуникации врач-пациент: современное состояние проблемы //Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2019. – Т. 8. – №. 3-1. – С. 119.
13. Каде А. Х., Занин С. А. Инновации в подготовке врача общей практики //Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – №. 4-1. – С. 119-121. (Хвощ Р. Н., Макарова О. В., 2020)
14. Кадыров Р. В., Асриян О. Б., Ковальчук С. А. Опросник" Уровень комплаентности". – 2014.
15. Казанцева Д. Б. Особенности развития и профессионального становления личности врача //Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2009. – №. 1. – С. 79-88.

16. Квасникова Ю. А. Психокоррекция типа отношения к болезни у пациентов с хроническим панкреатитом // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. – 2015. – С. 247-248.
17. Коломейчук А. В. и др. Современные подходы к прогнозированию ремиссий при алкогольной зависимости // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2014. – №. 8. – С. 51-56.
18. Крутий И.А., Молчанова Г. Б. Коммуникативные навыки врачей. Тренинг и аттестация // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020. №3 (39). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikativnye-navyki-vrachey-trening-i-attestatsiya> (дата обращения: 29.03.2022).
19. Кудрявая Н. В., Анашкина Е. В., Валяева Д. В. Общекультурные компетенции как базовые составляющие формирования личности будущего врача // Alma mater (Вестник высшей школы). – 2015. – №. 11. – С. 104-110.
20. Лаун, Б. Утраченное искусство врачевания / Б. Лаун. – М., 1998
21. Ледванова Т. Ю., Коломейчук А. В. Формирование коммуникативной компетентности врача // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2015. – Т. 5. – №. 2. – С. 115-121.
22. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 1980. – Т. 80. – №. 8. – С. 1195-1198.
23. Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Т. 16. – №. 1.
24. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и язтрогенные заболевания // М.: Медицина. – 1977. – Т. 112.

- 25.Лядова А. В., Лядова М. В. От патернализма к консюмеризму: смена парадигмы взаимодействия врача и пациента //Общество: социология, психология, педагогика. – 2019. – №. 6.
- 26.Масленникова Г. Я., Оганов Р. Г. Медицинская грамотность населения как основа сохранения здоровья, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний //Profilakticheskaya Meditsina. – 2018. – Т. 21. – №. 5.
- 27.Митронин А. В., Куденцова С. Н. Обучение и практика будущего врача-стоматолога: общекультурные компетенции и условия их формирования //Cathedra-кафедра. Стоматологическое образование. – 2015. – №. 52. – С. 54-57.
- 28.Несын В. В., Несына С. В. Эмоциональное выгорание врачей //Образовательный вестник «Сознание». – 2019. – Т. 21. – №. 6. – С. 19-23.
- 29.Николаева В. В. Особенности отношений в диаде «врач-пациент» при соматоформных расстройствах [Электронный ресурс] / В. В. Николаева, Е. Н. Первичко, Т. П. Загорец. – Режим доступа: [http://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya\\_693/nikolaevapervichko-zagorets-osobennosti-16119.html](http://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya_693/nikolaevapervichko-zagorets-osobennosti-16119.html). – Дата доступа: 15.02.2022.
- 30.Новик А. А., Ионова Т. И. Исследование качества жизни в клинической медицине //Вестник национального медико-хирургического центра им. НИ Пирогова. – 2006. – Т. 1. – №. 1.
- 31.Олейчик И. В., Шишковская Т. И., Баранов П. А. Причины несоблюдения режима терапии пациентами с психическими расстройствами и современные возможности повышения комплаенса //Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2021. – №. 1-2. – С. 4-10.

32. Орлов, Ф.В. Психология в работе врача: консп. лекций / Ф.В. Орлов. — СПб.: Чебоксары, 2009. — 176 с.
33. Пиманов С. И., Дикарева Е. А., Макаренко Е. В. Приверженность к фармакотерапии-необходимое условие эффективного лечения // Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. – 2014. – №. 5. – С. 47-52.
34. Плотникова И. Е. и др. Эмпатия как индикатор сформированности прагматической компетентности будущего медицинского работника // Современные наукоемкие технологии. – 2016. – №. 1-1. – С. 168-176.
35. Попов В. И., Судаков Д. В., Судаков О. В. Оценка психологического здоровья студентов медицинского вуза // Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы. – 2019. – С. 110-126.
36. Решетников А. В. Эволюция социологии медицины // Социология медицины. – 2012. – №. 2. – С. 4-10.
37. Рожкова Е. В. Медицинская грамотность как инструмент повышения уровня здоровья населения // Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания. – 2018. – С. 191-194.
38. Романцов М. Г. и др. Формирование компетентностной модели в профессиональной подготовке врача // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9. – №. 4. – С. 754-756.
39. Семина Т. В. Социальный феномен медицинской биоэтики в контексте междисциплинарных правовых стратегий // Образование и право. – 2021. – №. 6. – С. 221-229.
40. Ситкина Е. В. и др. Психологические характеристики пациентов, влияющие на приверженность выполнению рекомендаций врача-

- стоматолога //Ученые записки СПбГМУ им. ИП Павлова. – 2017. – Т. 24. – №. 1. – С. 62-67.
- 41.Соколова Т. В., Давиденко М. С., Малярчук А. П. Можно ли отождествлять комплаенс и приверженность к терапии? Мнение экспертов //Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2020. – Т. 23. – №. 3. – С. 174-181.
- 42.Сокольчик В. Н. Анализ реализации моделей взаимодействия врач-пациент Р. Витча в эпоху медиализации общества. – 2016.
- 43.Сорокин Г. А. и др. Профессиональное выгорание врачей: значение интенсивности и качества работы //Гигиена и санитария. – 2018. – Т. 97. – №. 12. – С. 1221-1225.
- 44.Сорокоумова С. Н., Исаев В. П. Специфика профессиональной деятельности специалистов помогающих профессий //Педагогическое образование в России. – 2013. – №. 4. – С. 186-190.
- 45.Трушкина С.В. Коммуникативные техники повышения комплаентности пациентов в практике врача // Медицинская психология в России. 2018. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikativnyye-tehniki-povysheniya-komplaentnosti-patsientov-v-praktike-vracha> (дата обращения: 29.03.2022).
- 46.Хвощ Р. Н., Макарова О. В. Пациентоцентричный подход в формировании коммуникативной компетенции будущих врачей //Вопросы методики преподавания в вузе. – 2020. – Т. 9. – №. 34. – С. 61-69.
- 47.Чукаева И. И. Комплаентность и возможности полнодозовых комбинированных гипотензивных препаратов //Артериальная гипертензия. – 2012. – Т. 18. – №. 1. – С. 46-51.

48. Чумакова О. О. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ //Сборник научных трудов молодых ученых и специалистов. – 2016. – С. 65-68.
49. Щелкова О. Ю. и др. Отношение к болезни и комплаенс при опухолевом поражении костей //Медицинская психология в России. – 2019. – №. 2. – С. 10.
50. Яковлева М. В., Щелкова О. Ю. Отношение к болезни и лечению больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования //Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. – 2014. – Т. 2. – С. 349-355.
51. Яковлева, Н.В. Психологическая компетентность врача и ее формирование в процессе обучения в медвузе / Н.В. Яковлева // Медицинские и социально-гигиенические аспекты работоспособности и здоровья населения. — Рязань: РГМУ им. И.Е. Павлова, 1994. — С. 25—27
52. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003. Доступно на: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence/report/en/> (Дата доступа: 06.03.2022)
53. Andersen F. A. et al. Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: a systematic review //BMC medical education. – 2020. – Т. 20. – №. 1. – С. 1-18.
54. Andrews F. M., Withey S. B. Developing measures of perceived life quality: Results from several national surveys //Citation Classics from Social Indicators Research. – Springer, Dordrecht, 2005. – С. 75-100.

55. Batt-Rawden S. A. et al. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review // *Academic Medicine*. – 2013. – T. 88. – №. 8. – C. 1171-1177.
56. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence terminology and definition. *Value in Health*, 2008, 11(1): 44-7.
57. Derksen F., Bensing J., Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review // *British Journal of General Practice*. – 2013. – T. 63. – №. 606. – C. e76-e84.
58. Driesenaar J. A. et al. The relationship between patients' Big Five personality traits and medication adherence: A systematic review // *Beliefs and Adherence regarding Inhaled Corticosteroids*. – 2018.
59. Eby D. Empathy in general practice: its meaning for patients and doctors // *British Journal of General Practice*. – 2018. – T. 68. – №. 674. – C. 412-413.
60. Haque M. et al. Importance of empathy among medical doctors to ensure high-quality healthcare level // *Advances in Human Biology*. – 2019. – T. 9. – №. 2. – C. 104.
61. Hesse C., Rauscher E. A. The relationships between doctor-patient affectionate communication and patient perceptions and outcomes // *Health communication*. – 2019. – T. 34. – №. 8. – C. 881-891.
62. Horne R. et al. Concordance, adherence and compliance in medicine taking // *London: NCCSDO*. – 2005. – T. 2005. – C. 40-6.
63. Hulek A. *Teoria i praktyka rehabilitacji invalidow* // *Warszawa: Panstwowe wyd. Naukowe*. – 1969. – C. 207.
64. Insel T. R. How algorithms could bring empathy back to medicine // *Nature*. – 2019. – T. 567. – №. 7747. – C. 172-174.



- 65.Kerasidou A., Horn R. Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care //BMC medical ethics. – 2016. – T. 17. – №. 1. – C. 1-5.
- 66.Kumar S. Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention //Healthcare. – Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2016. – T. 4. – №. 3. – C. 37.
- 67.Nunes V., Neilson J., Flynn N. Clinical guidelines and evidence review for medicines: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2009
- 68.Paiva C. E., Martins B. P., Paiva B. S. R. Doctor, are you healthy? A cross-sectional investigation of oncologist burnout, depression, and anxiety and an investigation of their associated factors //BMC cancer. – 2018. – T. 18. – №. 1. – C. 1-11.
- 69.Quince T. et al. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives //Advances in medical education and practice. – 2016. – T. 7. – C. 443.
- 70.Rezvani M. R., Mansourian H. Assessing the quality of life: A review of concepts, indices and models, and presentation of a proposed model for rural areas //Village and Development. – 2018. – T. 11. – №. 3. – C. 1-26.
- 71.Sabaté E. et al. (ed.). Adherence to long-term therapies: evidence for action. – World Health Organization, 2003.
- 72.Samra R. Empathy and burnout in medicine—acknowledging risks and opportunities //Journal of general internal medicine. – 2018. – T. 33. – №. 7. – C. 991-993.
- 73.Slavin M. Design of an automated medication subsystem //American Journal of Health-System Pharmacy. – 1967. – T. 24. – №. 5. – C. 254-261.

74. Stone J. The Importance of Empathy in Healthcare. Medical GPS; 2016. Available from: <http://www.blog.medicalgps.com/the-importance-of-empathy-in-healthcare>.
75. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med., 1995, no. 41, pp. 1403–1410.
76. Veatch R. M., Spicer C. M. Medically futile care: the role of the physician in setting limits // American Journal of Law & Medicine. – 1992. – T. 18. – №. 1-2. – С. 15-36.
77. Veatch, R. The Patient as Partner: A Theory of Human Experimentation Ethics / R. Veatch. – Bloomington, 1987.
78. Wa van der MH, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. Int J Cardiol. 2008;125(2):203-8.
79. Ward P. Trust and communication in a doctor-patient relationship: a literature review // Arch Med. – 2018. – T. 3. – №. 3. – С. 36.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

**Таблица 1. Установление связи между индивидуально-личностными характеристиками пациентов (личностные компоненты) и уровнем их комплаентности с помощью коэффициента корреляции К. Пирсона**

Корреляции											
ОК			ПК			ЭК			СК		
N	Знч.(2-сторон.)	Корреляция Пирсона	N	Знч.(2-сторон.)	Корреляция Пирсона	N	Знч.(2-сторон.)	Корреляция Пирсона	N	Знч.(2-сторон.)	Корреляция Пирсона
90	,367	-,096	90	,252	-,122	90	,534	,066	90	,202	-,136
90	,615	-,054	90	,825	-,024	90	,700	-,041	90	,989	,002
90	,930	,009	90	,865	-,018	90	,325	,105	90	,831	,023
90	,719	-,039	90	,686	-,043	90	,526	,068	90	,615	-,054
90	,267	-,118	90	,144	-,155	90	,460	-,079	90	,556	-,063
90	,720	,038	90	,648	,049	90	,268	,118	90	,496	-,073
90	,155	,151	90	,205	,135	90	,125	,163	90	,364	,097
90	,133	-,160	90	,762	-,032	90	,399	-,090	90	,012	-,265*
90	,022	,241*	90	,062	,198	90	,022	,241*	90	,078	,187
90	,397	,090	90	,130	,161	90	,471	,077	90	,881	-,016
90	,011	,266*	90	,021	,244*	90	,005	,292**	90	,122	,164
90	,111	,169	90	,192	,139	90	,144	,155	90	,115	,167
90	,030	,228*	90	,065	,195	90	,057	,202	90	,037	,221*
90	,201	,136	90	,054	,203	90	,424	,085	90	,666	,046
90	,000	,370**	90	,000	,375**	90	,006	,285**	90	,002	,329**
90	,089	,180	90	,182	,142	90	,200	,136	90	,068	,193
90	,575	,060	90	,882	-,016	90	,881	-,016	90	,088	,181
90	,943	-,008	90	,143	-,155	90	,899	-,014	90	,241	,125
90	,249	,123	90	,956	,006	90	,090	,180	90	,104	,172
90	,821	,024	90	,990	-,001	90	,965	-,005	90	,631	,051
90	,883	-,016	90	,490	-,074	90	,227	,129	90	,929	-,009
90	,710	,040	90	,604	,055	90	,685	,043	90	,886	,015
90	,612	,054	90	,842	-,021	90	,687	,043	90	,674	,045
90	,228	,128	90	,304	,110	90	,104	,172	90	,396	,091
90	,117	-,166	90	,045	-,212*	90	,180	-,142	90	,333	-,103

\*\* . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).

\* . Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторон.).







ИП2	Корреляция Пирсона	-,361**	-,185	-,377**	,258*	,182	,276**	,363**	,335**	-,121	,270*	,087	,148
	Знч.(2-сторон)	,000	,080	,000	,014	,086	,009	,000	,001	,254	,010	,417	,164
	N	90	90	89	90	90	90	90	90	90	90	90	90
*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторон.).													
**. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).													

**Таблица 5. Установление связи между индивидуально-личностными характеристиками врачей (личностные компоненты) и типом отношения к болезни у пациентов с помощью коэффициента корреляции К. Пирсона**

Корреляции													
З	Корреляция Пирсона	P			Г			Знч.(2-сторон)			Корреляция Пирсона		
		N	Знч.(2-сторон)	Корреляция Пирсона	N	Знч.(2-сторон)	Корреляция Пирсона	N	Знч.(2-сторон)	Корреляция Пирсона	АП2	ДП2	ОЗ2
		90	,415	-,087	90	,152	-,152	90	,354	-,099	ДП2		
	,023	90	,220	-,130	90	,063	-,197	90	,063	-,197	ОЗ2		
	-,019	90	,327	-,104	90	,245	-,124	90	,245	-,124	ПОВИ2		
	,027	90	,246	-,124	90	,014	-,258*	90	,014	-,258*	ТР2		
	-,059	90	,068	-,193	90	,666	,046	90	,666	,046	СТ2		
	,063	90	,370	,096	90	,103	,173	90	,103	,173	ДОПО2		
	,022	90	,092	,179	90	,133	-,159	90	,133	-,159	ПОН2		
	-,148	90	,872	-,017	90	,810	,026	90	,810	,026	УСУ2		
	,223*	90	,552	,063	90	,873	,017	90	,873	,017	АН2		
	,037	90	,387	,092	90	,002	-,316**	90	,002	-,316**	НС2		
	-,055	90	,138	-,158	90	,013	-,261*	90	,013	-,261*	ОБ2		
	-,068	90	,282	-,115	90	,005	-,293**	90	,005	-,293**	СИ2		
	-,129	90	,171	-,146	90	,053	-,204	90	,053	-,204	ПБ2		
	-,227*	90	,404	-,089	90	,004	-,304**	90	,004	-,304**	ТБ2		
	-,087	90	,164	-,148	90	,014	,259*	90	,014	,259*	НР2		
	,009	90	,146	,154	90	,053	,205	90	,053	,205	ДЭ2		
	-,073	90	,303	,110	90	,147	,154	90	,147	,154	СКСД2		
	-,009	90	,436	,083	90	,593	-,057	90	,593	-,057	ЭЛЭС2		
	-,120	90	,858	-,019	90	,131	,160	90	,131	,160	ЛК2		
	-,043	90	,384	,093	90	,099	-,175	90	,099	-,175	МР2		
	-,026	90	,385	-,093	90	,440	-,082	90	,440	-,082	АРН2		
	-,367**	90	,702	-,041	90	,000	-,386**	90	,000	-,386**	СН2		
	-,325**	90	,064	-,196	90	,105	-,172	90	,105	-,172	ПР2		
	-,097	90	,705	-,040	90			90					





Э		С			А			М		
Знч.(2-столон)	Корреляция Писсона	N	Знч.(2-столон)	Корреляция Писсона	N	Знч.(2-столон)	Корреляция Писсона	N	Знч.(2-столон)	Корреляция Писсона
,160	,150	90	,414	-,087	90	,056	,202	90	,051	,207
,231	-,128	90	,538	-,066	90	,322	,106	90	,275	,116
,464	-,078	90	,044	-,213*	90	,554	,063	90	,454	,080
,465	-,078	90	,206	-,135	90	,469	,077	90	,359	,098
,633	-,051	90	,037	-,220*	90	,067	,194	90	,039	,218*
,734	,036	90	,489	-,074	90	,123	-,164	90	,135	-,159
,683	,044	90	,195	,138	90	,033	-,225*	90	,025	-,236*
,395	,091	90	,321	-,106	90	,673	,045	90	,618	,053
,164	-,148	90	,032	-,226*	90	,137	-,158	90	,119	-,166
,863	,018	90	,434	-,083	90	,175	-,144	90	,175	-,144
,854	-,020	90	,000	-,364**	90	,061	,199	90	,046	,210*
,593	-,057	90	,011	-,267*	90	,142	,156	90	,140	,157
,779	-,030	90	,026	-,235*	90	,050	,207*	90	,045	,212*
,269	,118	90	,592	-,057	90	,030	,230*	90	,033	,225*
,680	-,044	90	,004	-,301**	90	,046	,211*	90	,043	,213*
,248	,123	90	,007	,285**	90	,209	-,134	90	,165	-,148
,101	,174	90	,003	,308**	90	,573	-,060	90	,530	-,067
,600	,056	90	,061	,198	90	,833	-,023	90	,687	-,043
,396	,090	90	,799	,027	90	,200	,136	90	,249	,123
,265	,119	90	,035	,223*	90	,810	-,026	90	,699	-,041
,630	,052	90	,034	-,224*	90	,393	,091	90	,294	,112
,006	,289**	90	,020	,245*	90	,095	,177	90	,074	,189
,069	,192	90	,068	-,193	90	,002	,317**	90	,001	,344**
,485	,075	90	,096	-,176	90	,264	,119	90	,278	,116

Д		П		П		П	
N	Знч.(2-сторон.)	Корреляция Пипсона	N	Знч.(2-сторон.)	Корреляция Пипсона	N	Знч.(2-сторон.)
90	,492	,073	90	,835	,022	90	
90	,989	,001	90	,766	-,032	90	
90	,649	-,049	90	,583	-,059	90	
90	,854	-,020	90	,903	-,013	90	
90	,971	,004	90	,758	-,033	90	
90	,469	-,077	90	,976	,003	90	
90	,745	-,035	90	,791	,028	90	
90	,954	,006	90	,972	-,004	90	
90	,125	-,163	90	,239	-,125	90	
90	,473	-,077	90	,826	-,024	90	
90	,703	-,041	90	,332	-,103	90	
90	,753	-,034	90	,282	-,115	90	
90	,979	,003	90	,395	-,091	90	
90	,403	,089	90	,906	-,013	90	
90	,838	-,022	90	,266	-,118	90	
90	,610	,054	90	,335	,103	90	
90	,339	,102	90	,194	,138	90	
90	,606	,055	90	,759	,033	90	
90	,511	,070	90	,955	-,006	90	
90	,487	,074	90	,503	,071	90	
90	,833	-,022	90	,956	-,006	90	
90	,053	,205	90	,100	,174	90	
90	,324	,105	90	,726	,037	90	
90	1,000	,000	90	,613	-,054	90	

\*\* . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).

\* . Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторон.).