

Кафедра общей и клинической психологии

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

Председатель ГАК
д.пс.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа
на тему:
***Роль коммуникативных навыков врача в формировании
приверженности лечению***
по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнила:
Студентка 6 курса
Факультета клинической психологии
Мохова Светлана Денисовна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
к.п.н., доцент кафедры общей
и клинической психологии
ПСПбГМУ им.И.П.Павлова
Ситкина Евгения Владимировна
_____ (подпись)

г. Санкт-Петербург
2023г.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ ОТ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ВРАЧА	7
1.1. Понятие приверженности лечению	7
1.2. Коммуникативные навыки и эмоциональный интеллект врача	20
1.3. Анализ исследований влияния коммуникативных навыков и эмоционального интеллекта врача на приверженность лечению	31
ГЛАВА 2. ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
3. ОПИСАНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ	49
3.1. Описательная статистика	49
3.2. Описание корреляционных связей	69
4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	89
ВЫВОДЫ	97
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	98
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	99
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	100
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	113
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	117
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	120

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. На сегодняшний день реализация основных задач системы здравоохранения в обеспечении населения страны квалифицированной медицинской помощью подразумевает под собой не просто работу с количественными показателями деятельности врачей, но в значительной степени ориентируется на повышение качества и эффективность оказываемой помощи. И, несмотря на внедрение новых методов лабораторно-инструментальной диагностики, введение стандартов оказания медицинской помощи, врач остается ключевой фигурой лечебно-диагностического процесса, так как именно он ответствен за жизнь и здоровье пациента. При этом в современных конкурентных условиях, когда пациент вправе выбирать врача и медицинский центр, в сфере здравоохранения назрела необходимость оказывать качественные услуги, под которыми понимается не только профессионализм сотрудников, но и уровень их коммуникативных способностей. К тому же повышение общего уровня культуры населения способствовало тому, что пациенты стали лучше ориентироваться в общих медицинских вопросах и более критично оценивать высказывания врачей, их внутреннюю и внешнюю культуру. Отсутствие контакта или формальные отношения врача и пациента резко снижают информативность анамнеза и приверженность лечению, что, в конечном счете, приводит к ухудшению результативности лечебно-профилактических мероприятий.

Низкая приверженность лечению – серьезная проблема современной медицины, приводящая к снижению эффективности лечения, увеличению числа госпитализаций и повторных посещений врача, снижению удовлетворенности пациента оказываемой медицинской помощью, а также к необоснованному назначению дополнительных лекарственных

препаратов. С другой стороны, несоблюдение пациентами врачебных рекомендаций ведет к значительному увеличению стоимости лечения как для пациента, так и для всей системы здравоохранения.

Причем, «нон-комплаенс» как проблема нарушения терапевтического режима существовала на всех этапах развития медицинской науки. Еще во времена Гиппократов существовала проблема приверженности, и была актуальна ложь пациента о приеме лекарственных средств. Стоит также иметь в виду, что приверженность к терапии снижается с течением времени, особенно при хронических заболеваниях. Практически половина всех пациентов, которым назначаются препараты для лечения хронических болезней на достаточно долгий или даже пожизненный срок, перестают их принимать уже через год в случае кажущейся низкой эффективности или плохой переносимости, проявляющейся ухудшением самочувствия. То есть, несмотря на изменения, произошедшие в практической медицине за это время, проблема приверженности рекомендациям врача остается актуальной в настоящее время: по данным ВОЗ, «около 50% хронически больных не выполняют медицинских рекомендаций» (Недуреева Т. В., Павлова Л. Е., Стоянов Л. В., 2020).

В этой связи не удивителен интерес исследователей к данной тематике. В последнее десятилетие проблема комплаентности стала предметом многочисленных самостоятельных исследований не только в медицине, но и в клинической психологии. В частности, ей посвятили свои труды О. Б. Асриян, Д. М. Байрак, Ф. Р. Банщиков, А. Б. Баова, Е. А. Вольская, Т. Ю. Гречко, Е.Р. Исаева, Р. В. Кадыров, М. Ф. Калашникова, Н. Б. Лутова, А. О. Молотков, Т. В. Недуреева, Е.В. Ситкина, В. В. Солондаев, Е. А. Темникова и др.

Таким образом, актуальность исследования обусловлена необходимостью изучить проблему приверженности лечению пациентов в коммуникативном аспекте, в частности, зависимость от коммуникативных навыков и эмоционального интеллекта врача, интерес к анализу которой проявляется в довольно большом объеме публикаций, посвященных особенностям общения пациента и врача, но и сегодня остается недостаточно изученной.

Гипотеза. Высокий уровень коммуникативных навыков врача положительно соотносится с уровнем комплаентности у его пациентов.

Цель исследования: выявление взаимосвязей между приверженности лечению и отношения к болезни у пациентов от коммуникативных навыков и эмоционального интеллекта врача.

Объект исследования: Врачи и их пациенты, проходящие лечение в стационаре Неврологического отделения №2 клиники НИИ неврологии и мануальной медицины ПСПбГМУ, в стационаре Нефрологического отделения №2 НИИ нефрологии ПСПбГМУ и СПб ГБУЗ «Введенская больница».

Предмет исследования:

- 1) Отношение к болезни и приверженность лечению пациентов в стационаре;
- 2) Коммуникативные навыки и эмоциональный интеллект врачей.

Задачи исследования:

1. Выявить взаимосвязь между приверженностью лечению пациентов и коммуникативными навыками, и эмоциональным интеллектом врача.
2. Выявить взаимосвязь между уровнем эмоционального выгорания врачей и типом отношения к болезни пациентов.
3. Выявить взаимосвязь между типом отношения к болезни пациентов и коммуникативными навыками, и эмоциональным интеллектом врача.
4. Выявить взаимосвязь между коммуникативными умениями и эмоциональным интеллектом врача и удовлетворённостью пациента врачом.
5. Определить, как схожесть коммуникативных навыков пациента и врача взаимосвязана с уровнем комплаентности.

Методы исследования:*I. Пакет методик для врачей:*

1. Тест оценки коммуникативных умений (А. А. Карелин);
2. «Оценка эмоционального выгорания» (К. Маслач, С. Джексон, адаптация Н. Е. Водопьяновой);
3. Тест оценки эмоционального интеллекта Холла;
4. Тест на поведение в конфликтной ситуации, ТКІ Томаса.

II. Пакет методик для пациентов:

1. «Уровень комплаентности» (Р. В. Кадыров);
2. «Тип отношения к болезни» (А. Е. Личко и Н. Я. Иванов);
3. Тест оценки коммуникативных умений (А. А. Карелин);

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ ОТ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ВРАЧА

1.1. Понятие приверженности лечению

Болезнь является одним из наиболее частых и драматических событий человеческой жизни. При этом телесные недуги (соматические заболевания) сопровождают человека от рождения до смерти (Николаева В. В., 1997) и представляет собой мощный стресс-фактор, который оказывает влияние на личность, ее эмоциональные состояния, самоотношение и т.д. Это событие затрагивает как систему объективных жизненных обстоятельств, включающих тяжесть болезни, степень ее социальных последствий, формирование нового социального статуса больного, так и субъективный смысл болезни, прежде всего, связанный с новым пониманием себя в ситуации болезни.

Фактором, влияющим на успех лечения и всех этапов адаптации пациентов, является их приверженность лечению («adherence to therapy»). В современной медицинской и психологической практике для обозначения приверженности лечению употребляют также такие термины, как «compliance» (комплаенс), «comprehensive disease management» (управление болезнью), «concordance» (соответствие), «persistence» (настойчивость).

Отметим, что вплоть до середины XX века в медицине преобладал принцип патернализма, когда врач прописывает схему терапии (лекарственные препараты, нелекарственные процедуры, соблюдение диеты, избавление от вредных привычек, добавление в образ жизни

физической активности и т.д.), а пациент это все неукоснительно соблюдает. Авторитет медицинских работников был велик. Но со временем ситуация поменялась: участились случаи самостоятельного изменения людьми врачебных указаний, что обычно влекло за собой ухудшение их состояния здоровья.

В связи с этим в 1970-х годах в медицинское сообщество пришло понятие комплаенса, ставшее неотъемлемой частью оценки эффективности лечебного процесса в ежедневной клинической практике и при проведении научных исследований. Внимание к проблеме несоблюдения назначений и рекомендаций врача со стороны представителей не только медицины, но и клинической психологии, предопределило формирование целостной концепции и специфической терминологии (DiMatteo M. R., Giodani P. J., Lepper Y. S., et al. 2002).

Причем, первым термином для исследования проблемы соблюдения пациентом назначений врача, принятым в научном сообществе, был именно «комплаенс» (от англ. compliance – уступчивость, податливость), от которого впоследствии произошли такие производные понятия, как «комплаентность» или «некомплаентность», относившиеся к оценке степени приверженности лечению. Постепенно термин «комплаенс» терял свою популярность, поскольку отражал только одну сторону приверженности лечению (отношение к медикаментозному лечению), и на первый план вышло понятие «приверженность» (от англ. adherence – соблюдение, следование) (Ziemer D. C., Miller C. D., Rhee M. K., 2005).

В российской системе здравоохранения о комплаенсе узнали пару десятилетий назад, переняв опыт зарубежной медицины. Причем, как отмечают Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук (2014), «в нашей стране общепринято, что проблематика соблюдения лечебных назначений по большей части находится в сфере интересов врачей, в основном,

соматической практики. Следовательно, меры по повышению комплаентности предлагаются дидактические, там, где учителем и наставником пациента является врач, требования которого необходимо беспрекословно выполнять, но он же берет на себя полную ответственность за жизнь и здоровье своего пациента. Неслучайно в нашем обществе наиболее популярна среди врачей и пациентов патерналистская модель взаимодействия врача и больного».

В настоящее время существует мнение (Калашникова М. Ф., Бондарева И. Б., Лиходей Н. В., 2015), что наиболее распространенным является понятие «приверженность лечению», которое рассматривается как комплексная модель поведения пациента в отношении своего здоровья и имеет более широкое трактование, чем комплаенс, в связи с чем их нельзя рассматривать как равнозначные.

В данном вопросе мы придерживаемся позиции тех исследователей, по мнению которых, «несмотря на незначительные различия, термин «приверженность к терапии» близок по своему содержанию к термину «комплаентность», и в клинической практике часто его заменяет» (Кадыров Р. В., Асриян О. Б., Ковальчук С. А., 2014), поэтому будем использовать их как понятия с синонимичным содержанием.

На сегодняшний день единого определения понятия «приверженность лечению» («комплаентность») нет. Так, например, приверженность к терапии определяется Ф. Р. Банщиковым (2006) и как характеристика поведения пациента, связанного с лечением (например, прием препарата, соблюдение диеты, изменение образа жизни, посещение клиники), и ее соответствие рекомендациям врача.

М. Н. Дмитриев, А. Н. Санников, О. В. Бачурина (2017) трактуют комплаенс как добровольное следование пациента предписанному ему

режиму лечения. По мнению авторов, из самого определения этого термина становится очевидным, что врач ожидает от пациента максимально точного выполнения определенного алгоритма мероприятий: от своевременности повторных консультативных визитов до соблюдения последовательности и точного времени приема медикаментов.

Е. А. Вольская (2013) комплаенс понимает как точное выполнение пациентом всех врачебных рекомендаций и назначений в рамках профилактики, лечения заболевания и реабилитации.

ВОЗ предлагает более сложное определение: «степень соответствия поведения пациента в отношении применения лекарства, выполнения рекомендаций по питанию или изменению образа жизни назначениям и указаниям врача» (Adherence to Long-Term Therapies, 2003).

Некоторые разночтения все еще присутствуют не только в терминологии, но и в самом понимании содержания феномена. Большинство авторов считают комплаенс поведением пациента со знаком плюс (пациент придерживается рекомендаций). Если пациент не выполняет или не должным образом выполняет назначения, говорят о нон-комплаенсе. Однако в последнее время все чаще звучат возражения против упрощенного понимания комплаенса как исполнительности пациентов. Особо подчеркивается, что «комплаенс складывается из двух частей и предусматривает действия со стороны врача и пациента. Адекватная реакция на болезнь проявляется в признании факта болезни, в принятии к сведению заключений врача и в сотрудничестве больного с врачом» (Молотков А. О., Пунин А. А., Молоткова С. А., и др. 2012).

Так, например, J. Urquhart и B. Vrijens (2005) считают, что комплаенс – это процесс от начала лечения до его завершения, который включает три фазы:

1. согласие пациента с планом лечения,
2. выполнение плана назначений,
3. прекращение лечения (неважно, полностью выполнен план, или нет).

По их мнению, комплаенс тогда легче оценивать, просто сравнив реальный процесс с рекомендованным врачом.

По словам Д. С. Данилова (2008), приверженность лечению (комплаенс) едина в четырех проявлениях:

- пациент вовремя принимает лекарство;
- принимает его в полной дозе;
- соблюдает рекомендации по диете и образу жизни;
- и при всем этом не говорит, что его лишили последней радости в жизни.

Отсюда термин «комплаентность» описывает оптимальные отношения между больным и врачом в процессе терапии, при которых пациент осознанно следует врачебным предписаниям.

Комплаенс рассматривается с двух сторон: с позиции медицины он представляет собой точность приема лекарств (препарат, дозировка) согласно установленному врачом графику, с психологической стороны подразумевает готовность больного выполнять назначения врача, а также внутреннее согласие на назначенное лечение.

Мониторинг комплаенса, проводимый в ряде зарубежных стран, показал, что несмотря на то, что 95% врачей сообщали о достаточном уровне комплаенса со своими пациентами, электронная система, вмонтированная в упаковку препарата, продемонстрировала, что всего лишь 38% больных соблюдали предписанный режим терапии (Byerly M., Fisher

R., Rush A. J., 2002). По данным американских медиков, ежегодно из-за последствий низкой комплаентности погибает 125 000 пациентов с различными заболеваниями. Около 10% всех случаев госпитализации связано с несоблюдением указаний лечащего врача, то есть низкой комплаентности. Поэтому, как отмечают А. Б. Баова, О. В. Суворина, Э. Р. Фахрудинова (2015), первостепенная задача врача – сформировать у пациента позитивную мотивацию на приверженность лечению, поскольку нон-комплаенс не является постоянным феноменом, его уровень колеблется на протяжении времени (Минутко В. Л., 2009). Так, по данным А. Б. Баовой, О. В. Сувориной, Э. Р. Фахрудиновой (2015), в 30% случаях уровень комплаентности увеличивается в процессе лечения.

На формирование комплаенса оказывают влияние многие факторы, которые выделяются исследователями, в частности, в зависимости от типа заболевания. Так, например, на приверженность лечению туберкулеза, по мнению F. V. Wurie, V. Cooper, R. Horne, A. C. Hayward (2018), влияют бедность, гендерная дискриминация, социальный контекст, развитие системы здравоохранения и личные особенности пациентов. Нарушения приверженности лечению и, как следствие, низкий лечебный эффект и развитая множественная лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза не позволяют довести излечиваемость в России, Индии и Китае до 85%, рекомендованных ВОЗ, и остановить распространение туберкулеза.

На сегодняшний день идентифицировано около 250 факторов, так или иначе обуславливающих комплаентность, которые, по мнению Т. Ю. Гречко (2009), можно сгруппировать в следующие семь:

1. Личностные особенности больного и культуральные предпосылки, формирующие внутреннюю картину болезни, которая определяет осознание факта заболевания и понимание пользы лечения.

Анозогнозия и гипозозгнозия приводят к снижению комплаенса, вплоть до его полного отсутствия (Семке А. В., Даниленко О. А., Зинчук М. С., 2013; Семке А. В., Даниленко О. А., 2010; Семке А. В., Микелев Ф. Ф., Корнетова Е. Г., 2013).

Так, например, по данным Е. Р. Исаевой, Е. В. Ситкиной, Л. Ю. Ореховой (2017), пациентки, приверженные выполнению рекомендаций, более интровертированы, «застреваемы» и исполнительны. Пациентки с отрицательной динамикой эмоционально более неуравновешены, ранимы, не уверены в себе, зависимы от окружающих.

Пациенты мужского пола с положительной динамикой полагаются в отношении здоровья на себя, более оптимистичны, целеустремленны и независимы, стремятся производить благоприятное впечатление. Пациенты-мужчины с отрицательной динамикой более недоверчивы, агрессивны и замкнуты, боязливы и нетерпимы к боли, плохо переносят лечебные процедуры.

2. Клиническая картина и динамика заболевания. В частности, хроническое течение, острые психотические состояния с продуктивной симптоматикой, выраженная негативная симптоматика, рецидивирующее течение, суицидальные и аутоагрессивные тенденции, наличие коморбидности со злоупотреблением психоактивными веществами или расстройствами крайне неблагоприятно влияют на комплаенс больных шизофренией (Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А., 2002).

3. Влияет на комплаенс также отношение семьи и социального окружения больного к терапии (адекватное – неадекватное, отрицательное – положительное) и типа сформированной в семье коалиции – позитивная, негативная либо игнорирующая позиция.

Так, например, психиатры часто сталкиваются с ситуацией, когда окружение пациента активно противостоит лечению, настаивая на отказе от стационарного лечения и приема препаратов на амбулаторном этапе. Проведенные в этом направлении исследования (Fenton W. S., Blyer C. R., Heinssen R. K., 1998) показали, что семья и наличие социальной поддержки тесно связаны с улучшением уровня комплаенса у больных шизофренией, в то время как их отсутствие достоверно связано с нон-комплаенсом (Hudson T. J., Owen R. R., Thrust C. R., 2004). Изучение семей психически больных позволило выявить ряд факторов, оказывающих негативное влияние на комплаентность больного. В частности, игнорирование семьей успехов лечения, нереалистичные ожидания от терапии, критикующая позиция или чрезмерная эмоциональная вовлеченность, а также отчужденность от больного снижают уровень комплаентности пациентов (Dencker S. J., Liberman R., 1995). Более поздние исследования (Лутова Н. Б., Макаревич О. В., 2010; Лутова Н. Б., Макаревич О. В., 2015) показали, что различные типы отношения к медикаментозной терапии среди членов семей больных шизофренией, а также степень сплоченности этих семей оказывают влияние на общий уровень комплаенса пациентов.

4. Особенности психофармакотерапии. Большинство нейролептиков старого и нового поколения имеют нежелательные побочные эффекты, которые могут ухудшать самочувствие, качество жизни, адаптацию пациентов и приводить к развитию соматических заболеваний.

Как показывают исследования, в отношении многих хронических заболеваний приверженность уменьшается, так как увеличивается сложность соблюдения режима (т.е. количество таблеток на дозу и количество доз в день; необходимость соблюдать строгие требования, связанные с приемом пищи, и существование особых указаний относительно потребления жидкости). Некоторые режимы требуют

нескольких доз лекарства в день вместе с различными требованиями или ограничениями в потреблении продуктов и других видах деятельности. Эти сложности, в дополнение к проблемам токсичности и побочных эффектов, могут значительно повлиять на индивидуальную готовность и способность соблюдения приверженности лечению.

Многие врачи считают, что лекарственная нагрузка сильно влияет на приверженность лечению. Тем не менее, эффект лекарственной нагрузки на приверженность тесно связан со стадией заболевания. Пациенты с выраженной симптоматикой осознают высокий риск развития осложнений при неприверженности, в отличие от пациентов с бессимптомным течением заболевания. Дозировки и пищевые ограничения или потребности призваны более глубоко влиять на приверженность, чем лекарственная нагрузка. В лечении многих заболеваний однократные или двукратные приёмы предпочтительнее. Режимы, которые предусматривают тщательный контроль и серьезные изменения образа жизни, совместно с побочными эффектами могут привести не только к разочарованию и усталости от лечения, но и, в конечном счете, к неуступчивости. Режимы, требующие меньшее количество изменений в образе жизни (например, меньшее количество таблеток в день и меньше ограничений в питании), вероятно, положительно влияют на приверженность лечению.

5. Социально-экономическая доступность препаратов и медицинских услуг. Пациент должен иметь возможность приобретать необходимый препарат за деньги либо получать по льготным условиям. Финансовые возможности больного тесно переплетены с особенностью терапевтической программы. Необоснованная полипрагмазия приводит к экстракции больным из большого списка лекарств (Байрак Д., 2011) препаратов более дешевых, но менее важных. Замена оригинальных

препаратов более дешевыми дженериками или просто созвучными по названию лекарствами в условиях экономии средств – логический исход из формального подхода к лечению (Байрак Д., 2009).

6. Медицинская помощь вне обострения является очень важной для формирования и повышения комплаенса, особенно на амбулаторном этапе. Она должна включать: различные образовательные программы для получения больными и их семьями информации о заболевании, лечении, возможных побочных эффектах; организацию регулярного контакта психиатра и пациента, психотерапию (улучшающая навыки больных поведенческая терапия, мотивирующая к лечению комплаенс-терапия, во время которой терапевт и пациент обсуждают симптомы заболевания для повышения осознания заболевания и умения распознавать ухудшение состояния). Пациенты, получавшие психотерапевтическую помощь, регулярно принимали препараты в 75% случаев против 47% в группе сравнения (Гуткевич Е. В., Каткова М. Н., Семке А. В., 2015).

Причем, рандомизированное клиническое исследование, проведенное на выборке пациентов с сердечной недостаточностью (Adizova D. R., Ashurova N. G., Khalilova F. A., et al. 2019; Kurtalić S., Kurtalić N., Baraković F., 2013; Темникова Е. А., Нечаева Г. И., 2012), показало, что постоянное наблюдение за данной категорией больных, независимо от условий, в которых они находятся (амбулаторно или в специализированной клинике), преемственность между госпитальным и догоспитальным этапом при тесном сотрудничестве врачей разных специальностей играет решающую роль в повышении приверженности лечению.

7. Личность врача также немаловажна для формирования комплаенса. Более того, в подавляющем большинстве случаев проблема заключается именно в отсутствии эффективной коммуникации «врач –

пациент» (Данилов Д. С., 2008). И здесь имеют значение не только психологические особенности пациента, но и способность врача распознать эти особенности и соответственно им построить план лечения. При любом психологическом типе больного главным в перспективе лечения должно быть завоеванное доверие к врачу. Описано множество способов и схем, но главное – живая беседа, а не механическое выписывание рецепта, основанное на клинических достижениях в лечении конкретной нозологии и одновременно теряющих свою значимость при условии неправильной подачи информации. Ведь «одинаковых больных нет – есть люди, страдающие одной болезнью» (Пирогов Н. И., 1841), следовательно, индивидуальность не только в лечении, но и в преподнесении назначений имеет глубокий смысл.

Содержательные и доброжелательные отношения между пациентом и лечащим врачом могут помочь преодолеть значительные препятствия в приверженности, но обычно мало врачей спрашивают о приверженности или дают совет. Факторы, которые укрепляют отношения между пациентом и врачом, включают восприятие компетентности врача, качество и четкость связи, сострадание, активное участие пациента в принятии решений о лечении и удобстве режима. И, наоборот, пациенты недовольны врачами в тех случаях, когда возникают недоразумения, и лечение становится сложным, пациент обозначается как «плохой пациент» или побочные эффекты выходят из-под контроля. Эти разочарования могут привести к низкой приверженности лечению.

Для целей нашего исследования данный фактор представляет особый интерес.

Следует отметить, что в современной клинической психологии преобладает биопсихосоциально-этическая модель феномена комплаентности, согласно которой факторами формирования

комплаентности являются не только биологические, социальные и психологические факторы, но и ценностно-смысловая составляющая (Сафин М. Р., 2019).

В. Д. Менделевич (1988) выделяет три составляющих комплаенса:

- сенсорно-эмоциональный блок (переживания и впечатления пациента, вызванные болезнью),
- логический блок (система оценок и суждений, используемых пациентом для обоснования необходимости проведения лечения и его эффектов),
- поведенческий блок (включает мотивы, действия и поступки, посредством которых пациент реализует терапевтическую программу).

Также В. Д. Менделевич (1988) говорит о том, что важным является определить комплаентность, придерживаясь психологического подхода. Следует принимать во внимание структуру психической деятельности человека, в которую, безусловно, включается отношение личности к лечению, его следование предписаниям врача и соблюдение рекомендаций, и в таком случае данный феномен можно отнести в категорию психических свойств.

Как нами уже отмечалось, в качестве адекватной основы для психологической характеристики комплаентности выступает внутренняя картина болезни, отражающая психологические характеристики пациента (Власова Я. Ф., 2001; Елфимова Е. В., Елфимова М. А., 2009; Лурия Р. А., 1977; Урываев В.А., 2011; Штрахова А. В., Арсланбекова Э. В., 2011). О важности исследования внутренней картины болезни (ВКБ) говорил еще Р. А. Лурия, под которой он понимал все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, все то, что связано для больного с приходом к врачу. Это «имеющийся у больного целостный образ своего заболевания, система переживаний, пониманий, ощущений, представлений

человека, связанных с его заболеванием; формирующийся у человека образ болезни, на основе которого он строит свое поведение, направленное на преодоление заболевания или приспособление к нему» (Рожнова В. Е., 1979).

Психологическая реакция личности на болезнь может быть различной: от депрессивно-астенического реагирования до эйфорически-анозогнозического реагирования, когда больной игнорирует заболевание, нарушает режим, нанося вред здоровью. Все зависит от характера заболевания, остроты и темпа его развития, от характера лечения и психотерапевтической обстановки, от личности больного и отношения к болезни со стороны общества.

В этой связи очевидно, что, как отмечает Е. В. Елфимова (2009), «изучение мотивационно-поведенческого компонента и его отражения во внутренней картине болезни представляется чрезвычайно важным при рассмотрении развития личности в условиях хронического заболевания в связи с тем, что мотивы и цели деятельности человека выражаются в его поведении, влияя на направленность больного либо на выздоровление, либо на пассивное отношение к заболеванию. При таком понимании анализ личности больного должен опираться на анализ мотивов ведущей деятельности: их содержание, степень подчиненности, общий профиль мотивационно-потребностной сферы и ценностно-смысловые образования личности в ситуации болезни» (Елфимова Е. В., Елфимова М. А., 2009).

Итак, приверженность лечению – поведение пациента, связанного с лечением, и его соответствие рекомендациям врача. Уровень комплаентности определяется комплексом таких основных факторов, как личность и поведение пациента, личность и профессионализм медицинских работников, характер медицинского вмешательства, социально-экономические факторы.

1.2. Коммуникативные навыки и эмоциональный интеллект врача

Медицинская профессия, относящаяся к типу «помогающих» или «социономических» профессий, одним из наиболее сложных видов трудовой деятельности, где непрерывный процесс профессионализации в рамках овладения инструментальных и теоретических знаний, умений, навыков включает умение взаимодействовать с пациентом.

По словам Н. В. Гуляевской (2009) Работа врача предполагает использование конгломерата знаний, почерпнутых из смежных областей:

- это положения, заимствованные из области возрастной психологии, социальной психологии, социологии, антропологии;
- знания социальной и клинической психиатрии, патопсихологии, поведенческой психотерапии;
- использование наработок современной гендерной психологии, геронтологии;
- методы, техники и технологии, пришедшие из администрирования, социального прогнозирования и проектирования, медицинской статистики.

При этом следует отметить, что наличие у врача диплома, сертификата, подтверждающего уровень его квалификации, необходимое, но не достаточное условие для становления профессионализма. Необходимой составляющей является профессиональная компетентность, формируемая в процессе непрерывного образования, рассматриваемая как характеристика качественной подготовки специалистов, потенциально эффективных в трудовой деятельности (Валеев И. Г., Закирова А. Н., Руденко В. Г., 2012; Горшков М. К., Ключарев Г. А., 2011). Профессиональная деятельность предусматривает необходимость непрерывного образования, постоянного повышения своей

компетентности (Герасимова Л. П., Кузнецова Л. И., Кабирова М. Ф., 2012).

Кроме того, успешность выполнения врачом своих профессиональных обязанностей зависит от его личностных качеств. Как отмечает Е. Н. Сухова (2012), от личности врача во многом зависит успешность лечебного процесса. Для многих личность врача и доверие становятся ключевым фактором в выборе специалиста – не просто как обладателя «знаний и квалификации», но как партнера по взаимодействию. Поэтому идентичность профессионала должна рассматриваться именно с позиций ее личностной составляющей и надежности. Эти два качества важны для врача, его коллег и пациента в своем функциональном смысле в ситуациях профессионального взаимодействия.

При этом характер взаимодействия врача и пациента является ключевым фактором формирования комплаентного поведения пациента. По словам О. Б. Асриян (2016), формирование комплаентного поведения происходит в результате субъективной переработки системы отношений человека к объективному миру под воздействием коммуникативных знаний, умений и навыков, составляющих коммуникативную компетентность врача.

А. Б. Баова, О. В. Суворина, Э. Р. Фахрудинова и др. (2014) выделяют следующие характеристики комплаентно-ориентированной модели взаимодействия врача и пациента:

- содействие выражению чувств, идей и ожиданий пациента;
- четкая информация для пациента;
- взаимно согласованные цели;
- активная роль пациента в терапевтическом процессе;
- положительные эмоции, сочувствие, поддержка.

Отсюда очевидно, по мнению С. Н. Сорокоумовой и В. П. Исаева (2013), что профессионально значимыми качествами врача являются эмоциональная устойчивость, эмпатия, рефлексия, наблюдательность, внимательность, быстрота принятия решений, организаторские и коммуникативные способности.

Кроме того, по мнению А. Д. Доника (2009), такие человеческие качества, как внимательность, наблюдательность, аккуратность, пунктуальность, высокий уровень самоконтроля и т.д., также являются профессионально важными качествами врача. Профессиональная зрелость и мастерство медицинского работника проявляются в умении быстро сориентироваться в любой, самой сложной и экстремальной ситуации, а также смелость, решительность и способность быстро принимать решения.

А. Н. Стрельникова (2000) уверена, что особую роль в профессиональной деятельности врача, его успешности как профессионала, играет его самокритичность. Ответственность за свои поступки, свою деятельность крайне важна для медицинских работников.

Поскольку профессия медицинского работника основана на взаимодействии «человек – человек», очевидно, что медицина – профессиональная деятельность, характеризующаяся одушевленностью, индивидуальностью и сопереживанием. Успешность взаимоотношений «врач – пациент» невозможна без доверия, обоюдного согласия и стремления, с одной стороны, излечиться, а, с другой стороны, – вылечить (Скляднева Р. А., Коротаяева Н. В., 2014). Поэтому совершенно недопустимо в профессии врача безразличное отношение к людям, которое определяется как интеллектуальная ограниченность и эмоциональная «тупость».

Вместе с тем, как известно, каждый рабочий день врач, общаясь с пациентами, получает от них заряд негативных эмоций: страх, панику, печаль, беспокойство, отчаяние. Нередки и случаи, когда врач «заражается» эмоциями пациента, начинает излишне ему сопереживать, даже можно сказать, разделяет с ним его чувства и попадает под его влияние. И начинает терять свою независимость в принятии решения о методе и процессе лечения. Таким образом, складывается такая ситуация, что пациент начинает манипулировать, объяснять доктору, что именно у него болит и как это надо лечить. Иногда даже в жесткой и грубой манере давит на врача, убеждая, что он сам понимает, чем болен, и какое лечение ему необходимо.

В таких ситуациях врачу и самому может понадобиться психологическая помощь. Чтобы этого не произошло, врачу необходимо профессиональное самосознание, то есть умение определять, какие именно эмоции он испытывает, причины их возникновения – почему именно он находится сейчас в этой эмоции, может быть, он «заразился» ею от своего пациента. Чтобы научиться управлять своим эмоциональным состоянием, сначала необходимо научиться понимать себя, отслеживать свои эмоции и чувства.

Управление собственными эмоциями в деятельности врача представляет обязательное наличие контроля и регулирования собственной эмоциональной активностью. Важность данного показателя в деятельности врача обусловлена способностью устанавливать контакт, строить общение в форме диалога, проявлять убедительность и культуру взаимодействия, рационально и осознанно мыслить в стрессовых ситуациях, сохранять адекватность поведения в конфликте (Дубровина Д. А., Шумаков В. А., Титова О. А., 2019).

Многие исследователи (Кузнецова О. А., Лепехин Н. Н., 2008; Лесняк О. М., 2010; Филатова Ю. С., 2016) подчеркивают важность развития эмоциональной сферы врача, наличия у него навыков межличностного общения и таких качеств, как эмоциональный контроль, эмоциональная стабильность, устойчивость, стеничность, эмпатия, доброжелательность, позитивное отношение к жизни и себе. Эти качества в том или ином виде включены в структуру эмоционального интеллекта.

То есть сохранить личную эффективность и душевную гармонию, вовлеченность в профессию, умение понимать и слышать пациента, а также выстраивать с ним эффективную коммуникацию при любом варианте исхода лечения и выздоровления, даже в самых печальных и трагических случаях, помогает высокий уровень эмоционального интеллекта, который представляет собой способность понимать, осознавать свои, чужие эмоции, а также управлять ими (Люсин Д. В., 2006). Благодаря способности понимать эмоции, человек имеет возможность опознать конкретную эмоцию конкретного человека. Более того: не просто опознать, но и определить, какая именно это эмоция и обозначить ее словом, т.е. идентифицировать эмоцию. Способность управлять эмоциями означает, что личность в состоянии подчинять себе эмоции и подавлять их при необходимости, делать их максимально незаметными окружающим людям, а также в случае надобности вызвать определенные эмоции по своему желанию.

Люди, обладающие достаточно развитыми способностями осознавать как свои эмоции, так и эмоции окружающих их людей, могут считаться людьми с высоким уровнем развития эмоционального интеллекта. То есть они умеют эффективно управлять эмоциональной сферой. Как следствие, чаще всего это люди с высоким уровнем личностного адаптивного потенциала и без проблем в коммуникативной

сфере. И, напротив, низкий уровень эмоционального интеллекта говорит о низкой способности человека понимать окружающих, мотивировать их и влиять на их выбор и поведение.

Не случайно в отечественных (Авдони́на Н. С., 2017; Мосиенко О. С., 2017 и др.) и зарубежных (Arker J., 2004; Bleakley A., 2006; Mann K. V., 2011) исследованиях профессиональной идентичности врача в качестве неотъемлемых элементов называются коммуникативные и эмоциональные составляющие, связанные с профессиональной коммуникацией и взаимодействием и наряду с другими факторами определяющие эффективность решения профессиональных задач.

Выделяют следующие специфические коммуникативные навыки в профессии врача (Ицкович М. М., Костарева Е. Н., Токарева Е. А., 2017; Колягин В. В., 2012; Мадалиева С. Х., Асимов С. Т., 2016):

- уверенность при коммуникации;
- умение брать ответственность за свои слова;
- умение взаимодействовать в конфликтной ситуации;
- умение мотивировать медицинский персонал;
- навык уважительного отношения в коммуникации с коллегами.

Т. Ю. Ледванова, А. В. Коломейчук (2015) к коммуникативным навыкам также относят:

- умение создавать положительное впечатление у пациентов о своем профессионализме, о результативности процесса лечения;
- навыки выстраивания доверительных отношений и эффективного сотрудничества с пациентом;
- умение контролировать свои эмоциональные реакции на разные ситуации и разных людей;

- умение легко устанавливать контакт, слушать человека, строить беседу, правильно донести до человека информацию.

На сегодняшний день широко применяется Калгари-Кембриджская модель общения в медицинской среде. Она включает в себя такие навыки, как:

- сотрудничество (выстраивание отношений);
- слушание и наблюдение за пациентом: паузы, фасилитация, сигналы пациента;
- техника задавания вопросов;
- структурирование опроса пациента;
- дозирование разъяснений;
- обобщение (в том числе промежуточное), скрининг и озвучивание списка проблем, «повестка» консультации;
- уточнение;
- принимающее реагирование врача, поддержка пациента;
- «вовлечение» пациента, разрешение (пациент врачу), предложение своих мыслей (врач пациенту).

Эти навыки хорошо отражают пациент-центрированный подход, который сконцентрирован на понимании пациента и соответствующем реагировании на него при коммуникации (Лесняк О. М., 2010).

При этом, как отмечают А. Ю. Соколова и Ю. И. Сорокин (2020), для осуществления эффективной коммуникации «врач – пациент» существенную роль играют два основных коммуникативных навыка: слушание (восприятие на слух и активное слушание) и говорение (произносительные умения и содержание речи).

По мнению О. М. Лесняка (2010), оптимальной моделью взаимоотношений врача и пациента является именно совещательная, в основе которой лежит идея о том, что взрослый человек может синтезировать информацию и выделять для себя приоритеты, а врач обладает достаточными коммуникативными навыками для оказания помощи в принятии решение пациенту. Считается, что врач в состоянии увидеть разницу между предпочтениями пациента и рекомендациями, которые он ему дает. Эта модель помогает больному в понимании таких важных вещей как профилактика здоровья, здоровый образ жизни и правильное лечение. Как отмечают К. С. Симкова и О. А. Харькова (2020), совещательная модель позволяет в процессе диагностики и лечения пациента вывести на активную позицию и сделать его тем, кто несет ответственность за свое здоровье.

В. А. Ташлыков (1984) предлагает классификацию психологических типов врача, отражающих характер взаимодействия врач – пациент:

– Сопереживающему типу врача свойственна эмпатия и способность вникнуть в проблемы пациента. Нередко такой врач принимает концепцию болезни, выдвинутую пациентом.

– Эмоционально нейтральный тип врача, в отличие от сопереживающего, эмоционально дистанцирован от проблем пациента, ориентирован на симптомы болезни и отличается технократическим подходом к лечению.

– Директивный тип врача выстраивает неравноправные отношения с пациентом, выступая в роли учителя, который лучше знает, что делать больному. В случае сомнений пациента в компетентности такого врача или правильности назначенного им лечения директивный тип склонен обижаться и эмоционально негативно реагировать на критику его действий.

– Недирективный тип врача ориентирован на партнерские взаимодействия с пациентом и, в отличие от директивного типа, склонен

принимать к рассмотрению точку зрения больного как при диагностике, так и при выборе методов лечения.

Итак, врач, который обладает развитыми коммуникативными навыками, способен снизить напряженное эмоциональное состояние пациента, купировать его тревогу и повысить эффективность лечения. Зарубежные исследования (Ramirez A. J., Graham J., 1996) показали, что врачи, которые развивают свои коммуникативные навыки, меньше подвержены профессиональному выгоранию. И это чрезвычайно важно, поскольку профессиональная деятельность врачей характеризуется эмоциональной насыщенностью и стрессогенностью (Судиловская Н. Н., Хизматулина А. М., 2017). Вынужденный постоянно быть в напряжении, иметь дело с негативными эмоциями, медицинский работник вовлекается в них как осознанно, так и неосознанно. В этой связи неудивительно, что они подвержены эмоциональному выгоранию, которое представляет собой одно из проявлений профессиональной деформации личности и характеризуется как физическим, так и эмоциональным и психическим истощением.

Отметим, что синдром эмоционального выгорания привлек внимание психологов и начал широко исследоваться в середине 20-х годов XX века такими зарубежными психологами, как Н. Fredenberger, М. Burish, R. Golembeiewsky, М. Leiter, Т. Marek, С. Maslash, А. Pines, W. Shaufeli и др. Вскоре после США данный феномен начали изучать в Канаде, Германии, Израиле, Китае. Затем отечественные психологи (А. А. Рукавишников, М. М. Скугаревская, Т. В. Форманюк, В. В. Бойко и др.) проявили интерес к изучению психологического выгорания, но в русле более широкой проблематики. В середине 80-х годов XX века появились валидные методики исследования синдрома эмоционального выгорания, позволившие изучить его структуру и факторы возникновения и развития.

Наибольшее распространение и признание в научных кругах получила трехфакторная теория выгорания С. Джексона и К. Маслач (1986), которые выгорание трактуют как состояние физического, эмоционального и умственного истощения применительно к специалистам социальных профессий. Отличительной особенностью этой модели выгорания является наличие еще одного компонента в структуре синдрома – редукции личных достижений, которая предполагает отрицательное отношение и безразличие специалиста как к своим должностным и служебным обязанностям, так и, в целом, к выбранной профессии и достижениям в ней.

Клинически синдром эмоционального выгорания проявляется следующими симптомами: физиологические симптомы (повышенная утомляемость, нарушения сна, головные боли, снижение работоспособности, нарушения в работе пищеварительной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем), эмоциональные (агрессивность, цинизм, проявляемые как в профессиональной деятельности, так и в общении с родными, близкими, друзьями и, в целом, с окружающими людьми), поведенческие (излишняя импульсивность, эмоциональность, избегание ответственности). интеллектуальные (снижение уровня конвергентного мышления, вследствие чего нарушается и творческое мышления), социальные (поведение характеризуется преимущественно асоциальностью).

Ситуация в здравоохранении значительно обострилась сегодня, в период пандемии, вызванной коронавирусной инфекцией COVID-19. По данным Министерства здравоохранения России, более 14 тыс. российских медиков заразились коронавирусом во время исполнения трудовых обязанностей (Минздрав признал..., 2022). Умерли 489 медицинских работников, заразившихся коронавирусом (Самойлова А. В., 2022).

По результатам исследования, опубликованным платформой Blind (Евдокименко А. С., Стрижова Е. А., Терехова Е. С. и др., 2020), 70% специалистов страдают от симптомов выгорания, вызванного пандемией. В середине февраля 2020 года, согласно данным исследования, 61% работников отмечали симптомы выгорания, связанного с чрезмерной нагрузкой, а к началу мая эта цифра выросла до 73%, и в настоящее время продолжает расти.

В ходе обобщения данных 59 надежных исследований последствий работы в период разных эпидемий, включая COVID-19, для психического здоровья и благополучия медицинских работников в разных странах, а также на основе анализа данных выборки из 248 медицинских работников различных медицинских учреждений России, анонимно и добровольно заполнивших гугл-формы с комплектом опросников, С. С. Петриковым, А. Б. Холмогоровой и др. (2020) приведены данные об уровне профессионального выгорания, симптомах эмоционального неблагополучия и дистресса во время эпидемии COVID-19. Выявлено, что в период эпидемии значительная часть медицинских работников испытывают выраженные симптомы профессионального выгорания (более 60% жалуются на эмоциональное истощение), симптомы депрессии умеренной и выраженной степени тяжести (23%), повышенный уровень тревоги (25%) и суицидальной направленности (10%).

Значительный вклад в эмоциональный дистресс медицинских работников вносят негативные эмоции (такие как страх заражения, чувство одиночества и изоляции), организационные проблемы (в том числе, нехватка средств защиты), физический дискомфорт (неудобство защитной одежды, нехватка сна) и коммуникативные трудности (при общении с руководством и пациентами).

Таким образом, профессиональная деятельность медицинских работников в связи с эпидемией COVID-19 проходит в экстремальных условиях. Специалисты переносят чрезвычайные физические нагрузки, текущие задачи являются испытанием профессиональных навыков. Безусловно, в этот период значительно вырастает риск профессионального выгорания, манифестации депрессивных и тревожных расстройств и т.д. И все это отражается на характере взаимодействия врача и пациента и, в конечном итоге, на приверженности больного лечению.

Итак, специалисты сходятся на том, что эмоционально-коммуникативные навыки являются одной из важнейших составляющих успешной деятельности врача любой специальности, обеспечивая ему эффективное и качественное взаимодействие в модели «врач – пациент». Врач должен уметь взаимодействовать с пациентом вне зависимости от состояния больного: испытывает ли он гнев или боль, тревогу или отчаяние, беспокойство и т.д. Поэтому для врача навыки межличностных отношений в рамках врач – пациент является главными навыками, позволяющими создавать эффективные партнерские взаимоотношения. К таким навыкам межличностных отношений относится правильно выбранная стратегия общения с пациентом и навыки ведения интервью (беседы) с пациентом.

1.3. Анализ исследований влияния коммуникативных навыков и эмоционального интеллекта врача на приверженность лечению

В основном исследования касаются медицинских и социальных аспектов приверженности лечению. Так, исследование G. Fagundez et al. (2016), N. Haslinda, M. Hanafiah (2017) показывают, что существует множество взаимодействующих факторов, влияющих на соблюдение

режима лечения больными. Недостаточные знания о заболевании, схеме и продолжительности лечения; побочные эффекты лекарств; длительный период лечения; изменение уровня материального благосостояния; потеря или смена работы; финансовые трудности, связанные с заболеванием, удаленность медицинского учреждения от места жительства больного; отсутствие доступа к медицинским услугам; дискриминация; социальная стигматизация – это лишь некоторые из факторов, влияющих, например, на лечение и выздоровление от туберкулеза.

Влияние психологических особенностей больных на течение и исход заболевания также достаточно активно исследуется в современной психологии. Так, В. В. Стрельцов (2014) приводит доказательства того, что риск развития пограничных нервно-психических расстройств увеличивается при снижении приверженности лечению больных туберкулезом. Неадекватные типы отношения к болезни часто формируются у впервые выявленных больных в связи с их низкой осведомленностью о характере, течении и прогнозе заболевания (Belostotsky A. V., Kasaeva T. S., Kuzmina N. V., et al. 2015; Sherstneva T. V., Skornyakov S. N., Podgayeva V. A., et al. 2015). Необходимость длительного лечения, госпитализации, приема препаратов вызывает нестабильность эмоционального фона и снижение настроения. Для этих больных характерны неуравновешенность, угрюмость, эмоциональная лабильность, низкий уровень аспирации (Mordyk A. V., Udalova T. Yu., Bagisheva N. V., et al. 2016; Mordyk A. V., Udalova T. Yu., Sitnikova S. V., et al. 2016).

По данным И. В. Буйневич (2016), у больных с низкой приверженностью терапии в процессе лечения нередко формируется пассивный тип реагирования, нарушаются социальные отношения, появляются обильные жалобы на здоровье, больные становятся угрюмыми

и «уходят в болезнь». Ипохондрические расстройства определяют психологический статус больных неизлечимыми формами туберкулеза.

Влияние коммуникативных навыков и эмоционального интеллекта врача на приверженность лечению также изучается врачами и психологами разных стран на протяжении многих лет, поскольку, несмотря на стремительное развитие информационных технологий, приведших к созданию компьютерных программ, способных имитировать врачебный расспрос, полноценно заменить врача-человека как личность, владеющую знаниями и приемами эффективного психологического воздействия, им не удастся.

Так, например, исследования коммуникаций «врач – пациент», проведенные M. R. DiMatteo (1994), D. Safran, D. Taira (1998), показали, что способность врача уважительно относиться к переживаниям пациента, его проблемам, умение предоставлять информацию и демонстрировать сочувствие развивали доверие пациента, способствовали повышению приверженности лечению.

Обзор исследований, касающихся эффективности коммуникации врача и пациента, осуществленный M. A. Stewart (1995), выявил не только улучшение качества жизни, но и связь с удовлетворенностью пациента в отношении принятия решения о выбранном лечении. Пациенты, удовлетворенные отношением врача, демонстрировали более высокий уровень психологического благополучия, меньше предъявляли жалоб, лучше понимали свое заболевание и стремились самостоятельно следить за своим здоровьем.

M. Fujimori, A. Oba, M. Koike (2003) доказали, что пациент-ориентированная коммуникация является важным фактором улучшения прогноза болезни: больной лучше справляется со стрессом, вызванным

болезнью, больше доверяет врачу, а, значит, выказывает большую приверженность к лечению.

В ряде эмпирических исследований отечественных психологов также установлена высокая значимость для больных и их родственников коммуникативных умений врача. Так, например, А. С. Аведисовой (2012), Т. А. Солохиной (2003) доказано, что наличие развитых коммуникативных навыков у врача положительно влияет на целый ряд значимых показателей: согласие пациента принимать назначенное ему лекарство, результаты лечения, субъективную оценку своего здоровья пациентом, уменьшение стоимости лечения и повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении. И, напротив, низкая компетентность врача в сфере общения, использование им авторитарного стиля связаны с неудовлетворенностью пациентов и их родственников проводимым лечением. Кроме того, низкий уровень коммуникации коррелировал с большим числом последующих судебных разбирательств.

По данным исследования, проведенного Н. А. Сиротой, В. М. Ялтонским, Д. В. Московченко (2013), психологические факторы, снижающие комплаентность женщин с раком молочной железы, коррелируют с когнитивным уровнем, в частности, с низким уровнем доверия лечащему персоналу.

В отечественных работах по оценке комплаентности больных в психиатрии (Лутова Н. Б., Макаревич О. В., 2010; Лутова Н. Б., 2012; Лутова Н. Б., Петровская И. Н., Вид В. Д., 2014) был отмечен тот факт, что врач способен оказать отрицательное влияние на формирование комплаенса, если он не проявляет достаточной заинтересованности и включенности в решение проблем больного, недостаточно разъясняет пользу и возможные побочные эффекты лекарств, не дает советов по режиму дня и образу жизни, не учитывает реальных возможностей

пациента и его родственников придерживаться предписанного распорядка приема лекарств или их способности выкупить препарат.

В исследовании Т. А. Солохиной (2003), посвященном оценке качества психиатрической помощи, показано, что пациенты и их родственники ожидают от психиатров конкретных коммуникативных умений. В исследовании была выявлена высокая степень несоответствия между ожидаемым больными и их родственниками коммуникативным поведением врача и тем, с которыми они сталкиваются в реальности. Оценки пользователей снижались из-за недостаточного предоставления и разъяснения врачами информации о болезни и лечении, использования ими непонятных медицинских терминов, незаинтересованности семейными проблемами респондентов, непризнания роли пациента и его родственника в качестве активных партнеров в лечении, поспешности консультации и отсутствия возможности обсудить проблемы с врачом. При этом родственники больных, как правило, предъявляли более высокие требования к специалистам и были более критичными в своих оценках, нежели сами больные.

Интересные результаты получили В. В. Солондаев и Д. В. Сумеркина (2011) при изучении роли личностных черт доктора в достижении комплаенса. Оказалось, что доброта врача может быть желательной для пациента, но не связана прямо с комплаентным поведением – по мере роста доброты у пациентов растет как истинная, так и ложная комплаентность. Кроме того, обнаружилось, что ожидания больного от лечения и комплаенс, которые вроде бы можно интерпретировать как две стороны одного психологического феномена, оказались эмпирически независимы. Наблюдается лишь опосредованная связь, проявляющаяся в двух разнонаправленных взаимосвязях с параметром серьезности в

профессиональной самооценке врача: серьезность – позитивные ожидания от лечения и серьезность – комплаенс.

Итак, особенности взаимодействия врача с пациентом могут влиять на процессы комплаенса, формирование терапевтической среды и опосредованно – на развитие внутренней картины болезни. На основании изложенного выше очевидно, что задачей врача является как можно более раннее и быстрое формирование сотрудничества с больным. Этот альянс должен строиться на основе доверительных отношений, профессионализма и искреннего желания врача понять и помочь своему пациенту. Больной не станет доверять врачу, который часто меняет лечение, не может объяснить механизм действия препаратов, не знает психотерапии и не проявляет по отношению к своему пациенту должного внимания и терпения.

Анализ и обобщение исследований, посвященных приверженности лечению, показали, что данная проблема на сегодняшний день приобретает все большую актуальность, теоретическую и практическую значимость в современной психологии, и занимает достойное место в проблемном поле медицинской психологии и медицины. Вместе с тем, несмотря на достаточно большой пласт исследований комплаентности, зависимость приверженности лечению у пациентов от коммуникативных навыков и эмоционального интеллекта врача в аспекте уровня развития эмоционального интеллекта врача и степени его эмоционального выгорания изучен недостаточно полно, в связи с чем нами было проведено эмпирическое исследование, направленное на выявление данной взаимосвязи.

ГЛАВА 2. ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исходя из теоретического анализа литературы, мы выдвинули гипотезу о том, что высокий уровень коммуникативных навыков врача положительно соотносится с уровнем комплаентности у его пациентов.

Для проверки данной гипотезы было организовано и проведено эмпирическое исследование, **цель** которого заключалась в выявлении связи между приверженностью лечению, отношением к болезни пациентов и коммуникативных навыков, и эмоционального интеллекта врача.

Задачи исследования:

1. Выявить взаимосвязь между приверженностью лечению пациентов и коммуникативными навыками, и эмоциональным интеллектом врача.

2. Выявить взаимосвязь между уровнем эмоционального выгорания врачей и типом отношения к болезни пациентов.

3. Выявить взаимосвязь между типом отношения к болезни пациентов и коммуникативными навыками, и эмоциональным интеллектом врача.

4. Выявить взаимосвязь между коммуникативными умениями и эмоциональным интеллектом врача и удовлетворённостью пациента врачом.

5. Определить, как схожесть коммуникативных навыков пациента и врача взаимосвязана с уровнем комплаентности.

Дизайн исследования

Для определения взаимосвязи между приверженностью лечению, отношением к болезни пациентов и уровнем развития коммуникативных навыков и эмоционального интеллекта врача, к участию в исследовании были приглашены врачи Неврологического отделения №2 клиники НИИ неврологии и мануальной медицины ПСПбГМУ, Нефрологического отделения №2 НИИ нефрологии и СПб ГБУЗ «Введенская больница».

Для проведения исследования были проанализированы 6 выборок пациентов, проходивших лечение в стационаре Неврологического отделения №2 клиники НИИ неврологии ПСПбГМУ, в стационаре Нефрологического отделения №2 НИИ нефрологии и СПб ГБУЗ «Введенская больница». Пациентам было предложено пройти тестирование по выбранным методикам, цель которых состояла в диагностике приверженности лечению пациентов и отношения к болезни. Врачам было предложено пройти тестирование по выбранным методикам, цель которых состояла в оценке уровня развития коммуникативных умений, стиля поведения в конфликте и эмоционального интеллекта.

Последний этап был посвящен обработке, анализу и интерпретации результатов исследования

База исследования. Эмпирическое исследование было организовано и проведено на базе Нефрологического отделения №2 НИИ нефрологии, Неврологического отделения №2 клиники НИИ неврологии и мануальной медицины Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова и Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Введенская больница».

На базе клиники НИИ неврологии и мануальной медицины Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова осуществляется медикаментозное и немедикаментозное лечение (мануальная терапия, иглорефлексотерапия, лечебная физкультура, логопед, лазеротерапия). Основные направления диагностики и лечения:

- Демиелинизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз, острый диссеминированный энцефаломиелит).
- Сосудистые заболевания нервной системы (церебральные и спинальные инсульты (реабилитация с первого дня), хроническая недостаточность мозгового кровообращения с органической неврологической симптоматикой).
- Экстрапирамидные заболевания нервной системы (болезнь Паркинсона, вторичный паркинсонизм и другие).
- Головные боли.
- Радикулоишемия, радикуломиелоишемия.

СПб ГБУЗ «Введенская больница» в настоящее время является терапевтическим стационаром с современной лечебно-диагностической базой, включающим приемное, амбулаторно-консультативное, два пульмонологических, кардиологическое, функциональной диагностики, физиотерапевтическое отделения, отделение реанимации и интенсивной терапии. В 2002 году на базе кардиологического отделения образовано психосоматическое отделение кардиологической направленности. Врачи отделения оказывают помощь пациентам, имеющим кардиологическую патологию, сопровождающуюся невротическими симптомами.

На базе клиники Нефрологического отделения №2 НИИ нефрологии применяются эффективные и современные методы лечения системных аутоиммунных заболеваний и системных васкулитов с поражением почек; диабетической нефропатии. Проводится диагностика и лечение острого повреждения почек, осуществляются все методы экстракорпоральной терапии (гемодиализ, гемодиализация, плазмаферез, ультрафильтрация).

Для проверки гипотезы исследования была сформирована выборка, включающая 96 испытуемых, из них 6 врачей: 2 врача-нефролога и 30 пациентов Нефрологического отделения №2 НИИ нефрологии, 2 врача-невролога и 30 пациентов Неврологического отделения №2 клиники НИИ неврологии и мануальной медицины ФПО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, а также 2 врача-психотерапевта и 30 пациентов кардиологического психосоматического отделения СПб ГБУЗ «Введенская больница». Диагнозы пациентов: аутоиммунные заболевания нервной системы (рассеянный склероз, заболевания спектра оптиконейромиелита, рассеянный энцефаломиелит, аутоиммунные энцефалиты, саркоидоз нервной системы и т.д.), заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной системы (болезнь Паркинсона и другие патологии с синдромом паркинсонизма), ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром, атеросклероз, артериальная гипертензия, тревожное расстройство, депрессивный эпизод, соматоформная вегетативная дисфункция.

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 в современных тенденциях доказательной медицины. Обучение технологиям коммуникации с пациентами проходил только один врач.

Распределение по полу врачей: 2 (33,3%) мужчин и 4 (66,7%) женщин; пациентов: 23 (25,5%) мужчин, 67 (74,5%) женщин.

Возраст врачей – от 29 до 47 (средний возраст – $39,2 \pm 7,9$ лет), возраст пациентов – от 18 до 85 (средний возраст – $53,8 \pm 16,3$ года).

Средний стаж заболевания пациентов – $66,8 \pm 88,2$ месяцев, средняя длительность наблюдения у данного врача – $14,74 \pm 24,75$ месяца.

Цель и задачи исследования предопределили выбор следующих **методов и методик:**

I. Пакет методик для врачей:

1. Тест оценки коммуникативных умений (А. А. Карелин);
2. «Оценка эмоционального выгорания» (МВІ) (К. Маслач, С. Джексон, адаптация Н. Е. Водопьяновой);
3. Тест оценки эмоционального интеллекта Холла;
4. Тест на поведение в конфликтной ситуации, ТКІ Томаса.

II. Пакет методик для пациентов:

1. «Уровень комплаентности» (Р. В. Кадыров);
2. «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (А. Е. Личко и Н. Я. Иванов);
3. Тест оценки коммуникативных умений (А. А. Карелин);

Выбор в пользу данных методик был сделан постольку, поскольку они получили широкое распространение на практике, являются

валидными, а также способствуют выделению не одного, а множества показателей по различным шкалам, которые могут дать большой материал для анализа, с одной стороны, эмоционально-коммуникативных навыков врача, а, с другой стороны, приверженности лечению пациентов. Кроме того, каждая из этих методик представляют собой стандартизованный психологический тест, имеет четкий алгоритм проведения тестирования и обработки результатов и соответствует возрасту испытуемых.

Ниже представлено краткое описание данных методик.

Тест оценки коммуникативных умений (Карелин А. А., 1999)

Цель данной методики заключается в диагностике уровня развития коммуникативных умений, которые включают оценку собеседника, определение его сильных и слабых сторон, умение установить дружескую атмосферу, умение понять проблемы собеседника.

Опросник включает перечень из 25 ситуаций общения. Испытуемому предлагается отметить те из них, которые вызывают у него неудовлетворение или досаду и раздражение при беседе с человеком.

Обработка результатов заключается в вычислении процента ситуаций, отмеченных испытуемым как вызывающих досаду и раздражение, на основании чего делается вывод об уровне развития коммуникативных умений:

- 70-100% – низкий уровень;
- 40-70% – средний уровень;
- 10-40% – высокий уровень;
- 0-10% – очень высокий уровень.

«Оценка профессионального выгорания» (МВІ) (К. Маслач, С. Джексон, адаптация Н. Е. Водопьяновой)

Данная опросника изначально предназначалась для измерения выгорания в профессиях типа «человек – человек». В течение нескольких лет после опубликования МВІ стал самым популярным инструментом измерения выгорания у медицинских работников.

Данный опросник содержит 22 утверждения, ответы на которые варьируют от «никогда» (0 баллов) до «каждый день» (6 баллов).

Обработка результатов тестирования заключается в суммировании баллов по шкалам методики (эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция профессиональных достижений), а также по интегральному индексу выгорания. Высокие оценки по шкалам эмоционального истощения и деперсонализации в совокупности с низкими оценками по шкале профессиональных достижений указывают на наличие у субъекта состояния выгорания.

Тест оценки эмоционального интеллекта Холла (Ильин Е.И., 2001)

Данная методика служит для определения способности осознавать отношения личности, которые представлены в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основании принятия решений.

Структура теста представляет собой 30 утверждений и содержит пять шкал:

1. эмоциональная осведомленность;
2. управление своими эмоциями;
3. самомотивация;
4. эмпатия;

5. определение эмоций окружающих людей.

В качестве вариантов ответов используется 6-ти балльная шкала. Соответствовать варианту «полностью не согласен» будет -3, а варианту «полностью согласен» +3.

В зависимости от результата, уровень парциального эмоционального интеллекта будет следующим:

- 7 и более баллов – высокий уровень;
- 6 – 6 баллов – средний уровень;
- 7 и менее баллов – низкий уровень.

В зависимости от количественного показателя определяется интегративный уровень ЭИ с учетом доминирующего знака:

- 31 балл и более – высокий;
- 30 – 30 баллов – средний;
- 31 балл и менее – низкий.

Тест на поведение в конфликтной ситуации, ТКІ (Томас-Киллман, адаптация Н. В. Гришиной) (Духновский С. В., 2009)

Предназначен для изучения личностной предрасположенности к конфликтному поведению, выявления определенных стилей разрешения конфликтной ситуации.

Структура теста представляет собой 30 утверждений и содержит пять шкал, соответствующих стилям поведения в конфликте:

1. Соперничество. Выражается в стремлении добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому.

2. Приспособление. Принесение в жертву собственных интересов ради другого.
3. Компромисс. Соглашение между участниками конфликта, достигнутое путем взаимных уступок.
4. Уклонение (избегание). Сочетание отсутствия стремления к кооперации и отсутствия тенденции к достижению собственных целей
5. Сотрудничество. Альтернатива, полностью удовлетворяющая интересы обеих сторон.

«Уровень комплаентности» (Кадыров Р. В., 2014)

Цель данной методики заключается в диагностике уровня комплаентности, которая представлена тремя составляющими: социальная, эмоциональная, поведенческая комплаентность.

Отметим, что большинство существующих методов диагностики комплаентности ориентированы исключительно на медикаментозную терапию. При этом чаще всего комплаентность пациентов устанавливается при повторном обследовании, а в качестве достоверного метода ее оценки наиболее часто используется измерение концентрации лекарственного препарата в крови. Также рассматривается такой метод оценки комплаенса, как микроэлектронные мониторинговые системы MEMS (Medication Event Monitoring System) и eDEM (Electronic Drug Exposure Monitor), вмонтированная в крышечку лекарственной упаковки (Соколов В. П., 2017). Предполагается, что при открытии устройства препарат не только извлекается человеком из контейнера, но и принимается им, на основании чего и оценивается комплаентность.

Между тем, лечение любого заболевания предполагает комплексное исследование личности, всех факторов, влияющих на отношение к

лечению. В зарубежных исследованиях комплаенса часто используются опросники в виде интервью, представляющие собой самоотчеты пациентов. Проблемную область диагностики составляет включение в имеющиеся методики недостаточное количество вопросов, предлагаемых пациентам, что не позволяет в полной мере выявить уровень приверженности к лечению и учесть все предикторы комплаентности. В частности, шкала медикаментозного комплаенса (ШМК), шкала комплаентности Мориски-Грин, опросник отношения к лекарствам Drug Attitude Inventory (DAI-10), опросник Medication Adherence Rating Scale (MARS), Rating Of Medication Influences (ROMI), Insight And Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ).

В нашем исследовании была использована методика, которая включает 66 вопросов, на которые испытуемый отвечает «всегда», «иногда» или «никогда».

Обработка результатов осуществляется в соответствии с ключом методики: за каждый положительный ответ, соответствующий ключу, начисляется 2 балла, за каждый отрицательный ответ – 0 баллов, за неопределенный – 1 балл.

Далее подсчитывается суммарный показатель по каждому из параметров:

- 0-15 – не выраженный показатель комплаентного поведения;
- 16-29 баллов – средне-выраженный показатель комплаентного поведения;
- 30-40 баллов – значительно выраженный показатель комплаентного поведения.

Общая комплаентность представлена суммой всех показателей комплаентного поведения:

- 0-40 баллов – низкий уровень комплаентности;
- 41-80 баллов – средний уровень комплаентности;
- 81-120 баллов – высокий уровень комплаентности.

**«Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (А. Е. Личко и Н. Я. Иванов)
(Вассерман Л. И., Иовлев Б.В., 2005)**

Цель данной методики заключается в диагностике типа отношения к болезни.

Данная методика была использована в исследовании, поскольку, как нами отмечалось ранее, показателем комплаентности больного является внутренняя картина болезни. Мы исходили из того, что правильная оценка больным своего состояния, которая является показателем гармоничного типа ВКБ, является важнейшим фактором формирования комплаенса.

Опросник включает 12 групп утверждений с 10-16 утверждений в каждой. Испытуемому в каждой группе предлагается выбрать 1 или 2 утверждения, которые наиболее полно описывают его состояние. Если ни одно из утверждений не подходит, нужно выбрать последнее – «ни одно утверждение мне не походит».

В ходе тестирования диагностируется 12 типов реагирования на болезнь: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогностический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

Обработка результатов тестирования заключается в определении шкалы с максимальной оценкой и других шкал, оценки которых находятся в так называемой диагностической зоне, т.е. отстоят от максимальной не более, чем на пороговый интервал. Если в диагностической зоне оказывается одна шкала, то диагностируется «чистый» тип,

соответствующий этой шкале, если две или три, то «смешанный», если более трех «диффузный». В названии смешанных типов указываются входящие в него шкалы.

Статистические методы:

В ходе тестирования по данным методикам получены эмпирические данные, которые впоследствии были подвергнуты статистической обработке при помощи электронных таблиц Microsoft Excel и программного пакета SPSS Statistics 22.0. Были использованы следующие методы математической статистики.

Т-критерий Стьюдента для парных выборок, с целью сравнения полученных значений между разными группами.

Т-критерий Стьюдента для независимых выборок использовался с целью сравнения полученных значений пациентов по половой принадлежности.

Корреляционный анализ К. Пирсона применялся для выявления взаимосвязей между исследуемыми показателями.

Корреляционный анализ с помощью критерия ранговых корреляций Ч. Спирмена применялся для выявления взаимосвязей между исследуемыми показателями с ранговыми шкалами.

Линейный регрессионный анализ в данной работе является дополнительным методом исследования для установления процента дисперсии, т.е. установления процента распространения корреляционных связей по выборке.

3. ОПИСАНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

3.1. Описательная статистика

В ходе исследования выборки врачей были получены следующие результаты (табл. 1). В целях дальнейшего анализа данные, полученные в выборке врачей, были усреднены и представлены в единой таблице.

Таблица 1

Основные средние показатели в группе врачей

Показатель	Врачи (n=6)	Нормативный диапазон
Коммуникативный уровень	0,2±0,11	0,1 – 0,4
Эмоциональный интеллект		
Эмоциональная осведомлённость	7,0±5,93	8 – 13
Управление эмоциями	4,8±8,75	
Самомотивация	8,2±5,98	
Эмпатия	8,7±6,28	
Распознавание эмоций других	6,7±6,62	
Поведение в конфликтной ситуации		
Соперничество	3,7±2,42	5 – 7
Сотрудничество	5,5±0,84	
Компромисс	8,2±2,56	
Избегание	6,8±2,04	
Приспособление	5,5±3,39	
Эмоциональное выгорание		
Эмоциональное истощение	25,2±9,02	16 – 24
Деперсонализация	14,0±6,54	6 – 10
Редукция профессиональных достижений	33,5±5,68	31 – 36
Индекс выгорания	0,41±0,30	0,1 – 0,4

Установлено, что коммуникативный уровень в выборке врачей соответствует средним значениям (0,2±0,11), следовательно, исследованные врачи характеризуются достаточно высоким уровнем общительности, однако иногда испытывают трудности при понимании собеседника, не всегда предоставляют ему возможность высказать своё мнение.

Эмоциональный интеллект исследованных врачей находится на среднем уровне, что свидетельствует об умеренно развитой способности понимать отношения личности, репрезентируемые в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основе принятия решений.

Достаточно высоко развит уровень эмоциональной осведомлённости ($7,0 \pm 5,93$), т.е., можно предполагать, что исследованным врачам свойственно достаточно высокое осознание и понимание своих эмоций. Вместе с тем уровень по шкале «управление эмоциями» у большинства врачей несколько ниже среднего ($4,8 \pm 8,75$), что указывает на трудности данных врачей в произвольном управлении собственными эмоциями, несмотря на достаточно хорошее их распознавание. Также достаточно высок уровень самомотивации ($8,2 \pm 5,98$), свидетельствующий о том, что исследованные врачи обладают достаточно развитой способностью управлять собственным поведением на основе эмоций. Такие различия между двумя взаимосвязанными шкалами может свидетельствовать о том, что данные врачи легко могут скрывать собственные эмоции и руководствоваться в поведении более значимыми мотивами, нежели аффективными, но при этом не обладают достаточной эмоциональной гибкостью и отходчивостью.

Отметим, что уровень эмпатии среди исследованных врачей характеризуется достаточно высокими значениями ($8,7 \pm 6,28$), при этом распознавание эмоций других людей несколько снижено ($6,7 \pm 6,62$). Это может свидетельствовать о том, что данные врачи обладают развитым умением сопереживать текущему эмоциональному состоянию другого человека и готовы оказывать ему поддержку, однако редко могут воздействовать на эмоциональное состояние других, контролировать его и каким-либо образом трансформировать.

Выявлено, что наиболее предпочитаемой стратегией поведения в конфликте среди исследованных врачей является стратегия компромисса

($8,2 \pm 2,56$), при этом наиболее редкой – стратегия соперничества ($3,7 \pm 2,42$). Можно предполагать, что данные врачи в сложных и конфликтных ситуациях склонны идти на частичные уступки и готовы признавать претензии другой стороны конфликта частично обоснованными. Вместе с тем исследованные врачи не стремятся навязывать другой стороне конфликта предпочтительное для себя решение. В целом, можно сказать, что исследованные врачи склонны гибко подходить к решению конфликтной ситуации, используя различные стратегии поведения, что предполагает достаточно высокую гибкость поведения.

Отмечено, что всем исследованным врачам в той или иной мере свойственны признаки эмоционального выгорания. При этом выражены симптомы эмоционального истощения ($25,2 \pm 9,02$), отражающие снижение у врачей эмоционального тонуса и повышение психической истощаемости и аффективной лабильности, утрату интереса и позитивных чувств к окружающим, ощущение «пресыщенности» работой, неудовлетворенность жизнью в целом. Значительно выражены также симптомы деперсонализации ($14,0 \pm 6,54$), следовательно, можно предполагать, что данные врачи склонны эмоционально отстраняться от профессиональной деятельности, формально выполнять профессиональные обязанности без личностной включенности и сопереживания. Можно отметить, что в сочетании с выявленным высоким уровнем эмпатии у врачей, выраженность данного симптома эмоционального выгорания неизбежна, поскольку длительная эмоциональная и личностная вовлечённость в проблемы своих пациентов зачастую приводит к негативизму и циничности как неким защитным механизмам психики.

Вместе с тем, установлено, что такой симптом эмоционального выгорания, как редукция профессиональных достижений, находится у большинства врачей на среднем уровне ($33,5 \pm 5,68$). Можно предполагать, что данным врачам не свойственно обесценивать собственную

профессиональную деятельность, а также негативно оценивать собственную продуктивность и компетентность в работе.

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

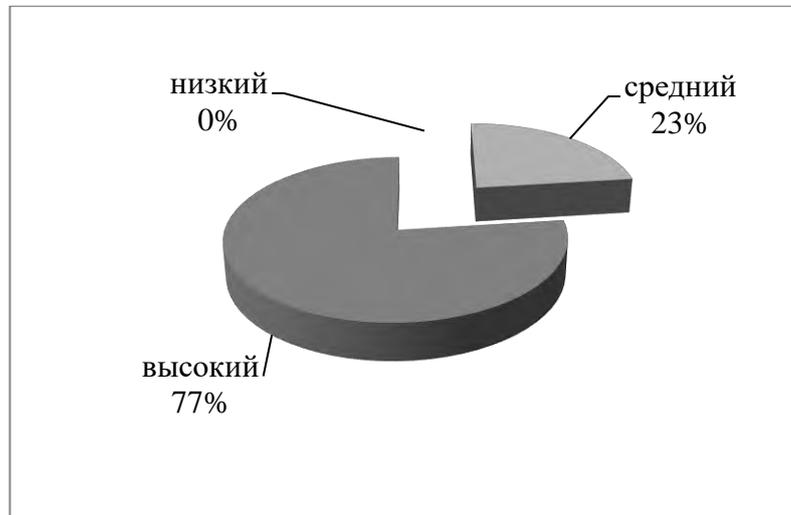


Рис.1. Распределение выборки пациентов по общему уровню комплаентности

Можно отметить, что большинство пациентов (77%) характеризуются высоким уровнем комплаентности, что свидетельствует о стремлении вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него. Для данных пациентов врач приобретает высокую эмоциональную значимость, воспринимается как коллега, вследствие чего данные пациенты полностью ориентированы на достижение цели в ситуации болезни. Отметим, что пациенты с низким уровнем комплаентности в выборке не были выявлены, что указывает на отсутствие пациентов, которые были бы склонны к конфронтации с врачом и полностью отрицали бы его значимость для лечения. Остальная часть выборки (23%), в целом, указывает, что примерно четверть пациентов воспринимает лечение и лечащего врача как необходимое звено успешного избавления от болезни, однако сохраняет независимость собственных суждений.

Статистический анализ с помощью т-критерия Стьюдента для независимых выборок (табл.13 Приложения 1) показал, что гендерные различия в общем уровне комплаентности отсутствуют ($p \geq 0,05$).

Анализ с помощью критерия корреляции К. Пирсона показал наличие положительной связи между возрастом пациентов и общим уровнем их комплаентности (табл.14 Приложения 1). Установлено, что чем старше пациент, тем более выраженную приверженность лечению он демонстрирует ($r=0,217$; $p \leq 0,05$).

В табл. 2 представлены результаты основных шкал, полученных в выборке пациентов с помощью опросника «Уровень комплаентности».

Таблица 2

Результаты в выборке пациентов по шкалам комплаентности

Шкала	Уровень	Пациенты (n=90)
		%
Социальная комплаентность	невыраженный	1
	средне выраженный	48
	знач. выраженный	51
Эмоциональная комплаентность	невыраженный	0
	средне выраженный	39
	знач. выраженный	61
Поведенческая комплаентность	невыраженный	0
	средне выраженный	56
	знач. выраженный	44

Установлено, что примерно половина пациентов (51%) отличаются значительно выраженной социальной комплаентностью. Это свидетельствует о том, что данным респондентам преимущественно характерно стремление вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него и нуждается в постоянной поддержке. При этом около 49% пациентов характеризуются как лица с неопределенной социальной позицией: с одной стороны, они достаточно привержены лечению и доверяют лечащему врачу, с другой, могут отрицать её необходимость в зависимости от мотивации и установок.

Большая часть пациентов (61%) характеризуются впечатлительностью, импульсивностью, чувствительностью, вследствие чего они очень привержены лечению, которое приобретает для них высокую эмоциональную значимость. Вместе с тем, оставшаяся часть выборки (39%) отличается эмоциональной неустойчивостью, зачастую приводящей либо к недооценке, либо к переоценке значимости лечения.

Чуть больше половины пациентов (56%) характеризуются также средне выраженным уровнем поведенческой комплаентности, следовательно, данные респонденты склонны к благоразумности и осторожности, при этом не всегда способны прибегнуть к помощи врача для лечения заболевания, хоть и уверены, что самостоятельно преодолеть болезнь не в состоянии. Примерно 44% пациентов, в свою очередь, свойственно стремление к точному соблюдению врачебных рекомендаций, направленных на преодоление болезни, которая воспринимается как препятствие.

Статистический анализ с помощью т-критерия Стьюдента для независимых выборок (табл.13 Приложения 1) показал, что гендерные различия в шкалах комплаентности отсутствуют ($p \geq 0,05$).

Корреляционный анализ показал наличие положительной связи между возрастом пациентов и уровнем их поведенческой комплаентности (табл.14 Приложения 1). Было установлено, что чем старше пациент, тем более он склонен к соблюдению врачебных предписаний и ориентирован на достижение цели в ситуации болезни ($r=0,318$; $p \leq 0,01$). При этом связи возраста с другими шкалами комплаентности выявлено не было ($p \geq 0,05$).

На рис.2 представлено распределение выборки пациентов по коммуникативному уровню, измеренному с помощью теста А.А. Карелина.

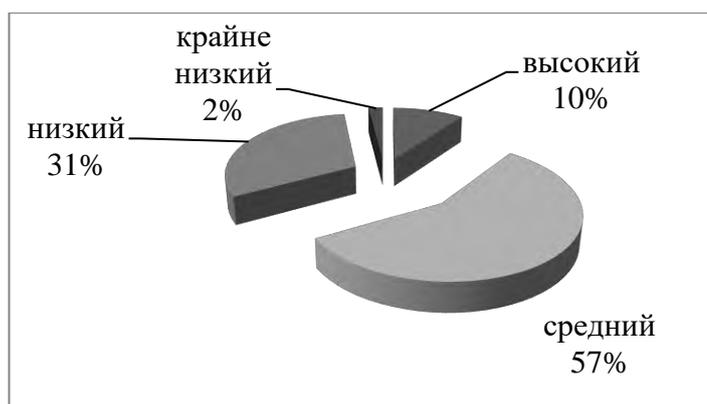


Рис.2. Распределение выборки пациентов по коммуникативному уровню

Можно отметить, что чуть больше половины пациентов (57%) характеризуются средним коммуникативным уровнем, при этом треть пациентов отличается низким коммуникативным уровнем и ещё 2% - крайне низким, что свидетельствует о том, что данные пациенты склонны к критике чужих высказываний, поспешным выводам и монополизации разговора. Высокий же уровень отмечается лишь у 10% пациентов.

Статистический анализ с помощью т-критерия Стьюдента для независимых выборок (табл.15 Приложения 1) показал, что гендерные различия в коммуникативном уровне отсутствуют ($p \geq 0,05$). Корреляционный анализ показал отсутствие связи между возрастом пациентов и их коммуникативным уровнем (табл.16 Приложения 1; $p \geq 0,05$).

На рис.3 представлено распределение выборки пациентов по типу отношения к болезни, выявленному в методике «Тип отношения к болезни».

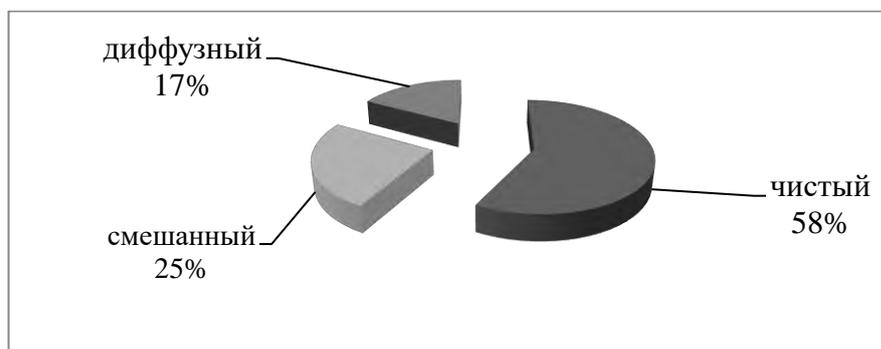


Рис.3. Распределение выборки пациентов по типу отношения к болезни

Установлено, что больше половины выборки (58%) характеризуются чистым типом отношения к болезни, отражающим характерный тип личностного реагирования на заболевание и отношение к его лечению. В то же время, примерно у четверти пациентов выявлен смешанный тип отношения к болезни, предполагающий взаимодействие нескольких типов личностного реагирования на заболевание. Около 17% пациентов характеризуются диффузным типом отношения к болезни, следовательно, ни один из типов личностного реагирования на заболевание не является для данных пациентов постоянным или предпочитаемым.

На рис.4 представлено распределение выборки пациентов по направленности личностного реагирования на болезнь, выявленной в методике «Тип отношения к болезни».

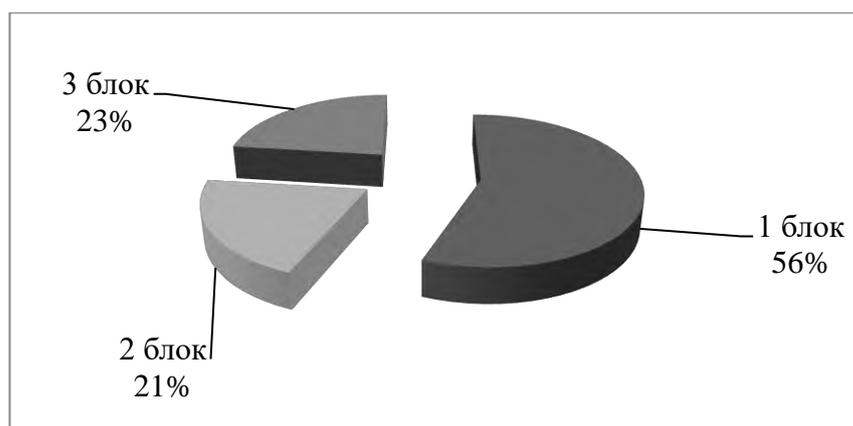


Рис.4. Распределение выборки пациентов по направленности личностного реагирования на болезнь

Согласно методике, помимо отдельных типов отношения к болезни может быть выделен блок с большими оценками входящих в него шкал по сравнению с другими блоками. Это позволяет предполагать, что в личностном реагировании на болезнь доминирует направленность, соответствующая шкалам этого блока. Так, примерно 56% выборки пациентов отличается направленностью, представленной в первом блоке шкал, – адаптивной направленностью.

Около 21% выборки пациентов свойственна направленность, представленная во втором блоке, – дезадаптивная направленность преимущественно с интрапсихической направленностью. Ещё четверть выборки характеризуется направленностью, представленной в третьем блоке, – дезадаптивная направленность преимущественно с интерпсихической направленностью.

В табл.3 представлены результаты распространённости каждого из типов отношения к болезни как чистого, полученные в выборке пациентов по методике «Тип отношения к болезни».

Таблица 3

Результаты распространённости типов отношения к болезни как чистого в выборке пациентов

Тип отношения к болезни	Количество пациентов с выраженностью данного типа как чистого
	%
Гармоничный	8,9
Эргопатический	25,6
Анозогностический	6,7
Тревожный	3,3
Ипохондрический	2,2
Неврастенический	1,1
Меланхолический	1,1
Апатический	1,1
Сенситивный	7,8
Эгоцентрический	0
Паранойяльный	0
Дисфорический	0

Отметим, что чаще всего чистым типом отношения к болезни у исследованных пациентов является эргопатический тип (26%), при этом остальные типы отношения к болезни в виде «чистых проявлений» встречаются крайне редко (не более 8%), тогда как такие типы, как эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический не встречаются совсем.

В табл.4 представлены выявленные сочетания типов отношения к болезни, полученные в выборке пациентов по методике «Тип отношения к болезни».

Таблица 4

**Выявленные сочетания типов отношения к болезни, полученные
в выборке пациентов**

Сочетания смешанных типов отношения к болезни	Характер сочетания
Эргопатический – анозогностический	согласованный
Тревожный – сензитивный	согласованный
Эргопатический – сензитивный	согласованный
Анозогностический – сензитивный	согласованный
Эргопатический – неврастенический – сензитивный	противоречивый
Эгоцентрический – сензитивный	противоречивый
Неврастенический – сензитивный	согласованный
Ипохондрический – сензитивный	согласованный
Эргопатический – неврастенический	противоречивый
Ипохондрический – апатический	противоречивый
Ипохондрический – тревожный	согласованный
Эргопатический – ипохондрический – паранойяльный	противоречивый
Тревожный – неврастенический – сензитивный	согласованный

Можно отметить, что в основном встречающиеся сочетания смешанных типов отношения к болезни в выборке пациентов являются согласованными. Наиболее часто встречающимся является сочетание эргопатического и анозогностического типов отношения к болезни в первом (адаптивном) блоке направленности и разные сочетания тревожности и сензитивности, отражающие дезадаптивное поведение с интрапсихической направленностью переживаний.

Среди противоречивых наиболее частыми оказались сочетания тревожного, сензитивного, эгоцентрического, паранойяльного и эргопатического типа, отражающие, в целом, мало согласующиеся между собой направленности личности.

Статистический анализ с помощью т-критерия Стьюдента для независимых выборок (табл.17 Приложения 1) показал, что значимые гендерные различия в выраженности типов отношения к болезни

отсутствуют ($p \geq 0,05$). Однако, на уровне статистической тенденции ($0,05 \leq p \leq 0,10$) выявлено несколько различий. Так, пациенты мужского пола продемонстрировали несколько более высокие значения по шкале анозогнозического типа отношения к болезни ($t=1,7$; $0,05 \leq p \leq 0,10$), а пациенты женского пола – по шкалам неврастенического ($t=-1,8$; $0,05 \leq p \leq 0,10$) и сензитивного ($t=-1,7$; $0,05 \leq p \leq 0,10$) типов отношения к болезни.

Корреляционный анализ (табл.18 Приложения 1) позволил установить, что чем старше пациент, тем более выражен у него эгоцентрический тип отношения к болезни ($r=0,256$; $p \leq 0,05$). В остальном значимых связей типов отношения к болезни и возраста пациентов не выявлено ($p \geq 0,05$).

Охарактеризуем также один из важнейших показателей, связанных с приверженностью лечения у пациентов, – уровень удовлетворённости своим лечащим врачом. Данный показатель был оценён с помощью субъективной шкалы (дихотомической), представленной пациентам для заполнения в рамках анкеты. На рис.5 представлено распределение выборки пациентов по уровню удовлетворённости врачом.

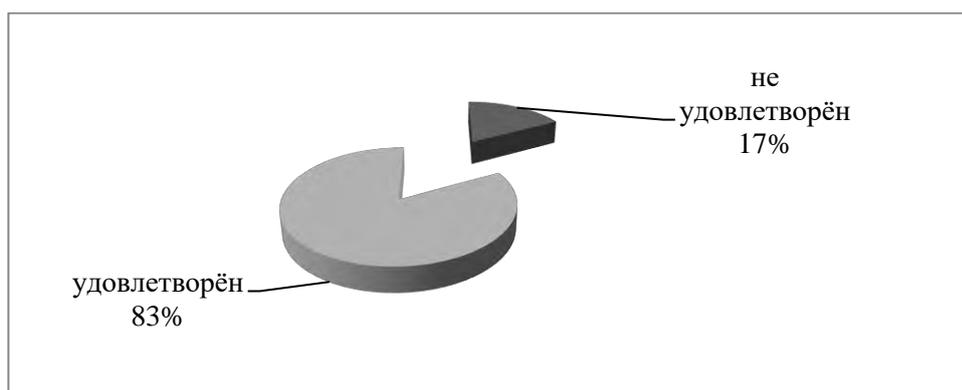


Рис.5. Распределение выборки пациентов по удовлетворённости врачом

Отметим, что большая часть пациентов (83%) удовлетворена своим лечащим врачом, причём статистический анализ с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок (табл.19 Приложения 1) показал, что

женщины чаще мужчин демонстрируют удовлетворённость врачом ($t=-2,1$; $p\leq 0,05$). Кроме того, корреляционный анализ с помощью критерия ранговых корреляций Ч. Спирмена (табл.20 Приложения 1) показал, что чем старше пациент, тем чаще он удовлетворён своим лечащим врачом ($r=0,257$; $p\leq 0,05$).

В табл.5 представлены средние показатели коммуникативного уровня и уровня удовлетворённости врачом по каждой группе пациентов.

Таблица 5

**Средние значения коммуникативного уровня и удовлетворённости
врачом по каждой группе пациентов**

Показатель	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа	6 группа
Коммуникативный уровень	0,3±0,18	0,3±0,28	0,3±0,14	0,3±0,15	0,4±0,17	0,2±0,14
Удовлетворённость врачом	0,9±0,26	0,7±0,46	0,7±0,46	0,9±0,26	0,7±0,49	1,0±0,00

Анализируя результаты, полученные в каждой группе пациентов, можно отметить, что наиболее низкий коммуникативный уровень установлен в 5 группе пациентов (0,4±0,17), а наиболее высокий – в 6 группе (0,2±0,14). При этом в остальных группах коммуникативный уровень пациентов примерно одинаковый.

Установлено, что уровень удовлетворённости лечащим врачом примерно равно выражен во всех шести группах пациентов, отметим, однако, что в 6 группе все пациенты без исключения выразили полную удовлетворённость взаимодействием со своим врачом, назначенным лечением.

В табл.6 представлены средние показатели уровня комплаентности по каждой группе пациентов.

Таблица 6

**Средние значения уровня комплаентности по каждой группе
пациентов**

Уровень комплаентности						
Показатель	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа	6 группа
Социальная комплаентность	30,5±3,58	27,6±6,39	27,5±4,55	29,8±5,40	26,9±3,85	31,4±3,44
Эмоциональная комплаентность	31,2±3,26	28,7±3,56	30,0±3,96	30,8±3,53	28,4±4,24	32,7±3,53
Поведенческая комплаентность	30,1±4,78	28,1±5,14	27,7±4,96	29,5±2,70	26,0±2,70	31,0±4,94
Общий уровень комплаентности	91,7±9,60	84,5±12,42	85,3±12,21	88,8±11,81	81,3±9,36	94,5±12,28

Наиболее высокие показатели общего уровня комплаентности соответствуют оценкам, полученным в 6 группе (94,5±12,28) и в 1 группе (91,7±9,60), а наиболее низкие – в 5 группе пациентов (81,3±9,36). Данное распределение оценок отмечается и в подвидах комплаентности: социальной, эмоциональной и поведенческой.

В табл.7 представлены средние значения типов отношения к болезни по каждой группе пациентов.

Таблица 7

**Средние значения типов отношения к болезни по каждой группе
пациентов**

Тип отношения к болезни						
Показатель	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа	6 группа
Гармоничный	20,6±24,02	24,4±19,91	4,9±10,70	3,8±10,24	21,5±17,03	17,1±20,77
Эргопатический	25,5±21,90	21,9±20,17	13,5±15,06	12,7±14,10	22,6±18,38	20,3±16,00
Анозогнозический	5,1±7,73	10,3±13,90	3,8±8,38	3,5±12,26	19,7±16,76	14,9±15,02
Тревожный	9,4±4,55	11,7±11,03	14,4±14,48	17,7±10,37	6,5±5,21	10,3±6,92
Ипохондрический	10,3±6,58	12,6±7,42	13,0±5,50	16,6±12,57	8,4±5,79	11,0±9,02
Неврастенический	8,8±5,44	13,3±8,07	14,0±6,99	14,0±6,81	6,1±4,26	7,9±8,09
Меланхолический	3,9±5,08	4,6±4,14	9,4±9,93	11,0±9,46	2,5±4,31	3,7±5,51
Апатический	4,3±2,41	5,0±4,06	9,0±8,35	11,0±10,34	3,3±4,93	4,3±5,38
Сенситивный	24,9±11,34	26,4±9,49	17,3±6,96	17,0±10,06	16,9±8,72	18,5±8,29
Эгоцентрический	13,5±7,04	10,6±5,58	12,2±4,69	11,2±8,39	7,5±4,76	7,0±5,03
Паранойальный	9,3±6,23	8,9±9,21	8,5±7,33	6,9±4,15	5,9±4,55	5,9±4,68
Дисфорический	7,3±7,17	7,3±7,90	7,3±6,25	7,6±5,90	3,9±4,64	4,7±7,47

Отмечены также некоторые различия средних значений между группами пациентов по типам отношения к болезни.

Так, гармоничный тип отношения к болезни в большей степени выражен у 2 группы пациентов ($24,4 \pm 19,91$), при этом в 3 и 4 группах пациентов установлены наиболее низкие значения данного показателя ($4,9 \pm 10,70$ и $3,8 \pm 10,24$ соответственно).

Эргопатический тип отношения к болезни наиболее выражен у пациентов из 1 группы ($25,5 \pm 21,90$), а наименее – у пациентов из 3 и 4 групп ($13,5 \pm 15,06$ и $12,7 \pm 14,10$ соответственно).

Анозогнозический тип отношения к болезни наиболее выражен у пациентов из 5 группы ($19,7 \pm 16,76$), а наименее – у пациентов из 3 и 4 групп ($3,8 \pm 8,38$ и $3,5 \pm 12,26$ соответственно).

Таким образом, можно отметить, что у пациентов из 3 и 4 групп условно адаптивные типы отношения к болезни встречаются реже, чем у остальных пациентов.

Рассмотрим теперь соотношение средних показателей пациентов по типам отношения к болезни, характеризующимся дезадаптивной направленностью в интрапсихической сфере.

Тревожный и ипохондрический типы отношения к болезни показали наибольшую выраженность в 4 группе пациентов ($17,7 \pm 10,37$ и $16,6 \pm 12,57$ соответственно), а наименьшую – в 5 группе ($6,5 \pm 5,21$ и $8,4 \pm 5,79$ соответственно).

Неврастенический тип отношения к болезни наиболее выражен у пациентов 3 и 4 групп ($14,0 \pm 6,99$ и $14,0 \pm 6,81$ соответственно), а наименее выражен так же у пациентов 5 группы ($6,1 \pm 4,26$).

Меланхолический и апатический тип отношения к болезни наиболее ярко выражен у пациентов 4 группы ($11,0 \pm 9,46$ и $11,0 \pm 10,34$ соответственно), а наименее выражен так же у пациентов 5 группы ($2,5 \pm 4,31$ и $3,3 \pm 4,93$ соответственно). Отметим, что средняя выраженность

и меланхолического, и апатического типов отношения к болезни у остальных групп пациентов, в целом, значительно ниже, чем у пациентов 4 группы, и не превышает показателей в 5 баллов.

Таким образом, можно отметить, что чаще всего дезадаптивная направленность отношения к болезни с доминированием интрапсихических переживаний установлена у пациентов 4 группы.

Рассмотрим особенности соотношения средних показателей пациентов по типам отношения к болезни, характеризующимся дезадаптивной направленностью в интерпсихической сфере.

Так, сенситивный тип отношения к болезни наиболее выражен у пациентов 2 и 1 групп ($26,4 \pm 9,49$ и $24,9 \pm 11,34$ соответственно), а наименее выражен – у пациентов 5 группы ($16,9 \pm 8,72$).

Эгоцентрический тип отношения к болезни наиболее выражен у пациентов 1 и 3 групп ($13,5 \pm 7,04$ и $12,2 \pm 4,69$ соответственно), а наименее выражен у пациентов 5 и 6 групп ($7,5 \pm 4,76$ и $7,0 \pm 5,03$ соответственно).

Паранойяльный тип отношения к болезни наиболее выражен у пациентов 1 группы ($9,3 \pm 6,23$), а наименее выражен у пациентов 5 и 6 групп ($5,9 \pm 4,55$ и $5,9 \pm 4,68$ соответственно).

Дисфорический тип отношения к болезни наименее выражен у пациентов 5 и 6 групп ($3,9 \pm 4,64$ и $4,7 \pm 7,47$ соответственно). При этом у остальных групп пациентов (с 1 по 4) его выраженность примерно равная и не превышает 8 баллов.

Таким образом, наибольшая выраженность дезадаптивного отношения к болезни с доминированием интерпсихических переживаний характерна для пациентов 1 группы.

Резюмируя, подчеркнём, что пациенты 5 группы характеризуются наибольшей адаптивностью отношения к болезни, для пациентов 1, 3 и 4 групп свойственно, напротив, преимущественно дезадаптивное отношение к болезни, причём у пациентов 3 и 4 групп – с интрапсихической

направленностью, а у пациентов 1 группы – с интерпсихической направленностью. Пациенты 2 и 6 групп, в целом, примерно равно демонстрируют и адаптивные, и дезадаптивные типы отношения к болезни.

Рассмотрим статистические данные, демонстрирующие достоверные различия в показателях коммуникативного уровня и удовлетворённости врачом пациентов разных групп (табл.8).

Таблица 8

Сравнение показателей у разных групп пациентов с помощью t-критерия Стьюдента для парных выборок

Показатель	Сравнение между	Коэффициент	p<
Коммуникативный уровень	3 группа – 6 группа	2,2	0,05
	5 группа – 6 группа	2,3	0,05
Удовлетворённость врачом	1 группа – 5 группа	2,3	0,05
	2 группа – 6 группа	-2,3	0,05
	3 группа – 6 группа	-2,3	0,05
	4 группа – 5 группа	2,3	0,05
	5 группа – 6 группа	-2,6	0,05

Установлено, что коммуникативный уровень статистически значимо ниже у пациентов 6 группы по сравнению с пациентами 3 и 5 групп ($t=2,2$ и $2,3$ соответственно, при $p<0,05$).

Значение удовлетворённости своим лечащим врачом показал статистически значимые различия между несколькими группами пациентов. Так, у пациентов 5 группы ниже удовлетворённость врачом по сравнению с пациентами 1 и 4 групп ($t=2,3$ соответственно, при $p<0,05$). В свою очередь у пациентов 6 группы достоверно выше удовлетворённость врачом в сравнении с пациентами 2, 3 и 5 групп ($t=-2,3$; $-2,3$ и $-2,6$ соответственно, при $p<0,05$).

Рассмотрим статистические данные, демонстрирующие достоверные различия в показателях уровня комплаентности пациентов разных групп (табл.9).

Таблица 9

Сравнение показателей уровня комплаентности у разных групп пациентов с помощью t-критерия Стьюдента для парных выборок

Уровень комплаентности			
Показатель	Сравнение между	Коэффициент	p<
Социальная комплаентность	2 группа – 4 группа	-2,6	0,05
	4 группа – 5 группа	2,3	0,05
Эмоциональная комплаентность	1 группа – 4 группа	-3,3	0,01
	2 группа – 4 группа	-2,7	0,05
	3 группа – 4 группа	-2,1	0,05
	4 группа – 5 группа	4,4	0,01
	4 группа – 6 группа	3,6	0,01
Поведенческая комплаентность	1 группа – 6 группа	2,6	0,05
	2 группа – 4 группа	-2,1	0,05
	3 группа – 4 группа	-2,9	0,05
	4 группа – 5 группа	2,6	0,05
	4 группа – 6 группа	3,3	0,01
Общий уровень комплаентности	1 группа – 4 группа	-2,3	0,05
	2 группа – 4 группа	-2,8	0,05
	3 группа – 4 группа	-2,8	0,05
	4 группа – 5 группа	3,5	0,01
	4 группа – 6 группа	2,9	0,05

Установлено, что у пациентов 4 группы статистически значимо выше степень приверженности лечению в отличие от пациентов всех остальных групп ($t=-2,3$; $-2,8$; $-2,8$; $3,5$ и $2,9$ соответственно, при $p<0,05$).

Значимые различия между пациентами разных групп установлены и в отдельных видах комплаентности:

– уровень *социальной* комплаентности статистически достоверно выше у пациентов 4 группы по сравнению с пациентами 2 и 5 групп ($t=-2,6$ и $2,3$ соответственно, при $p<0,05$);

– уровень *эмоциональной* комплаентности статистически достоверно выше у пациентов 4 группы по сравнению с пациентами всех остальных групп ($t=-3,3$; $-2,7$; $-2,1$; $4,4$ и $3,6$ соответственно, при $p<0,05$);

– уровень *поведенческой* комплаентности статистически достоверно выше у пациентов 4 группы по сравнению с пациентами 2, 3, 5 и 6 групп ($t=-2,1$; $-2,9$; $2,6$ и $3,3$ соответственно, при $p<0,05$), а также достоверно выше у пациентов 1 группы по сравнению с 6 группой ($t=2,6$; $p<0,05$).

Рассмотрим статистические данные, демонстрирующие достоверные различия в показателях типов отношения к болезни у разных групп пациентов (табл.10).

Таблица 10

Сравнение показателей типов отношения к болезни у разных групп пациентов с помощью t-критерия Стьюдента для парных выборок

Тип отношения к болезни			
Показатель	Сравнение между	Коэффициент	p<
Гармоничный	1 группа – 4 группа	2,2	0,05
	2 группа – 3 группа	3,1	0,01
	2 группа – 4 группа	3,8	0,01
	3 группа – 5 группа	-2,7	0,05
	4 группа – 5 группа	-3,1	0,01
	4 группа – 6 группа	-2,5	0,05
Анозогнозический	1 группа – 5 группа	-2,9	0,05
	1 группа – 6 группа	-2,3	0,05
	3 группа – 5 группа	-2,8	0,05
	3 группа – 6 группа	-2,5	0,05
	4 группа – 5 группа	-2,5	0,05
	4 группа – 6 группа	-2,2	0,05
Тревожный	1 группа – 4 группа	-2,8	0,5
	4 группа – 5 группа	3,0	0,1
	4 группа – 6 группа	2,5	0,05
Ипохондрический	4 группа – 5 группа	2,3	0,05
Неврастенический	1 группа – 3 группа	-2,2	0,05
	1 группа – 4 группа	-2,3	0,05
	2 группа – 5 группа	2,9	0,05
	3 группа – 5 группа	4,1	0,01
	4 группа – 5 группа	3,6	0,01
	4 группа – 6 группа	3,4	0,01
Меланхолический	1 группа – 4 группа	-2,7	0,05
	2 группа – 4 группа	-2,8	0,05
	3 группа – 5 группа	2,2	0,05
	4 группа – 5 группа	2,8	0,05
	4 группа – 6 группа	2,5	0,05
Апатический	1 группа – 4 группа	-2,5	0,05
	2 группа – 4 группа	-2,4	0,05
	3 группа – 5 группа	2,2	0,05
	4 группа – 5 группа	2,3	0,05
Сенситивный	1 группа – 3 группа	2,2	0,05
	1 группа – 5 группа	2,9	0,05
	2 группа – 3 группа	2,6	0,05
	2 группа – 4 группа	3,1	0,01
	2 группа – 5 группа	3,1	0,01
Эгоцентрический	1 группа – 5 группа	2,7	0,05
	1 группа – 6 группа	2,9	0,05
	3 группа – 5 группа	3,4	0,01
	3 группа – 6 группа	2,9	0,05

Статистически достоверные различия между группами пациентов выявлены также в показателях типов отношения к болезни:

- выраженность *гармоничного* типа отношения к болезни статистически достоверно ниже у пациентов 4 группы по сравнению с пациентами 1, 2, 5 и 6 групп ($t=2,2; 3,8; -3,1$ и $-2,5$ соответственно, при $p<0,05$), а также статистически достоверно ниже у пациентов 3 группы по сравнению с пациентами 2 и 5 групп ($t=3,1$ и $-2,7$ соответственно, при $p<0,05$);

- выраженность *анозогнозического* типа отношения к болезни статистически достоверно выше у пациентов 5 группы по сравнению с пациентами 1, 3 и 4 групп ($t=-2,9; -2,8$ и $-2,5$ соответственно, при $p<0,05$), а также статистически достоверно выше у пациентов 6 группы по сравнению с пациентами 1, 3 и 4 групп ($t=-2,3; -2,5$ и $-2,2$ соответственно, при $p<0,05$);

- выраженность *тревожного* типа отношения к болезни статистически достоверно выше у пациентов 4 группы по сравнению с пациентами 1, 5 и 6 групп ($t=-2,8; 3,0$ и $2,5$ соответственно, при $p<0,05$);

- выраженность *ипохондрического* типа отношения к болезни статистически достоверно выше у пациентов 4 группы по сравнению с пациентами 5 группы ($t=2,3; p<0,05$);

- выраженность *неврастенического* типа отношения к болезни статистически достоверно выше у пациентов 3 группы по сравнению с пациентами 1 и 5 групп ($t=-2,2$ и $4,1$ соответственно, при $p<0,05$); статистически достоверно выше у пациентов 4 группы по сравнению с пациентами 1, 5 и 6 групп ($t=-2,3; 3,6$ и $3,4$ соответственно, при $p<0,05$), а также достоверно выше у пациентов 2 группы по сравнению с 5 группой ($t=2,9; p<0,05$);

- выраженность *меланхолического* типа отношения к болезни статистически достоверно выше у пациентов 4 группы по сравнению с пациентами 1, 2, 5 и 6 групп ($t=-2,7; -2,8; 2,8$ и $2,5$ соответственно, при

$p < 0,05$), а также достоверно выше у пациентов 3 группы по сравнению с 5 группой ($t=2,2$; $p < 0,05$);

– выраженность *апатического* типа отношения к болезни статистически достоверно выше у пациентов 4 группы по сравнению с пациентами 1, 2 и 5 групп ($t=-2,5$; $-2,4$ и $2,3$ соответственно, при $p < 0,05$) а также достоверно выше у пациентов 3 группы по сравнению с 5 группой ($t=2,2$; $p < 0,05$);

– выраженность *сенситивного* типа отношения к болезни статистически достоверно выше у пациентов 1 группы по сравнению с пациентами 3 и 5 групп ($t=2,2$ и $2,3$ соответственно, при $p < 0,05$) а также достоверно выше у пациентов 2 группы по сравнению с пациентами 3, 4 и 5 групп ($t=2,6$; $3,1$ и $3,1$ соответственно, при $p < 0,05$);

– выраженность *эгоцентрического* типа отношения к болезни статистически достоверно выше у пациентов 1 группы по сравнению с пациентами 5 и 6 групп ($t=2,7$ и $2,9$ соответственно, при $p < 0,05$) а также достоверно выше у пациентов 3 группы по сравнению с пациентами 5 и 6 групп ($t=3,4$ и $2,9$ соответственно, при $p < 0,05$).

Таким образом, в ходе статистического анализа установлено, что пациенты из разных групп достоверно различаются между собой по всем показателям. Так, уровень развития коммуникативных способностей значительно ниже у пациентов 6 группе. Уровень удовлетворённости лечащим врачом значительно ниже в 5 группе пациентов и значительно выше в 6 группе. Уровень комплаентности во всех сферах значительно выше у пациентов 4 группы. Значительно различается выраженность типов отношения к болезни у пациентов разных групп. Так, пациентам из 2, 5 и 6 групп свойственен более высокий уровень адаптивного отношения к болезни, причём у пациентов 2 группы сильнее выражен гармоничный тип, а у пациентов 5 и 6 групп – анозогнозический. Пациентам из 3 и 4 групп свойственен более высокий уровень дезадаптивного отношения к болезни

Установлено, что коммуникативный уровень врачей обратно пропорционально связан со всеми шкалами комплаентности пациентов, при этом связи характеризуются высоким уровнем достоверности ($p \leq 0,01$), однако слабой теснотой связи ($r \leq 0,5$).

Так, наиболее тесной оказалась отрицательная связь коммуникативного уровня врачей с уровнем эмоциональной комплаентности ($r = -0,326$; $p \leq 0,01$). Следовательно, чем выше уровень развития коммуникативных умений врача, тем выше выраженность впечатлительности и тревожности, пациенты способствуют процессу лечения, так как он приобретает истинную значимость. При этом регрессионный анализ показал, что процент дисперсии для связи данных показателей составляет всего 10,6%, т.е. коммуникативный уровень врача значимо влияет на эмоциональную комплаентность лишь примерно 11% пациентов.

Отрицательная связь коммуникативного уровня врача и уровня социальной комплаентности ($r = -0,281$; $p \leq 0,01$) показывает: чем выше уровень развития коммуникативных умений врача, тем выше выраженность зависимости от его мнения и поддержки у пациентов. При этом процент дисперсии для связи данных показателей составляет всего 7,9%, т.е. коммуникативный уровень врача значимо влияет на эмоциональную комплаентность лишь примерно 8% пациентов.

Отрицательная связь коммуникативного уровня врача и уровня поведенческой комплаентности ($r = -0,275$; $p \leq 0,01$) показывает: чем выше уровень развития коммуникативных умений врача, тем выше ориентированность на достижение цели лечения и организованность в соблюдении рекомендаций у пациентов. При этом процент дисперсии для связи данных показателей составляет всего 7,6%, т.е. коммуникативный уровень врача значимо влияет на поведенческую комплаентность лишь примерно 8% пациентов.

сензитивности к возможным последствиям заболевания могут способствовать повышенной психической истощаемости у врачей. При этом процент дисперсии в регрессионном анализе данных взаимосвязей составляет лишь 4,5%, следовательно, данные взаимосвязи распространяются не более чем на 5% выборки пациентов.

На рис.12 представлена корреляционная плеяда взаимосвязей между выраженностью типов отношения к болезни у пациентов и показателями деперсонализации врачей.

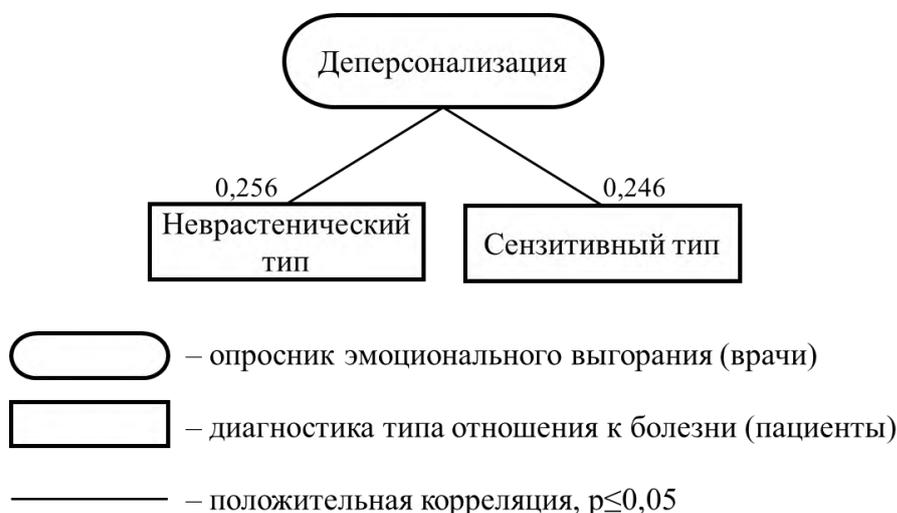


Рис.12. Корреляционная плеяда выраженности типов отношения к болезни у пациентов и показателей деперсонализации врачей

Также прямо пропорционально оказались связаны между собой симптом деперсонализации у врачей и такие типы отношения к болезни у пациентов, как: неврастенический ($r=0,256$; $p\leq 0,05$) и сензитивный ($r=0,246$; $p\leq 0,05$). Это свидетельствует о том, что признаки эмоциональной отстранённости и безразличия к профессиональным обязанностям у врачей способствуют проявлению у пациентов раздражительности, нетерпеливости и чрезмерной ранимости. Вместе с тем и наоборот, проявление пациентами поведения по типу «раздражительной слабости», озабоченности мнением окружающих об их заболевании могут способствовать появлению у врачей циничности и негативизма по

отношению к ним. При этом процент дисперсии в регрессионном анализе данных взаимосвязей составляет лишь 6,6% и 6,1% соответственно, следовательно, данные взаимосвязи распространяются не более чем на 7% выборки пациентов.

На рис.13 представлена корреляционная плеяда взаимосвязей между выраженностью типов отношения к болезни у пациентов и показателями редукции профессионализма врачей.

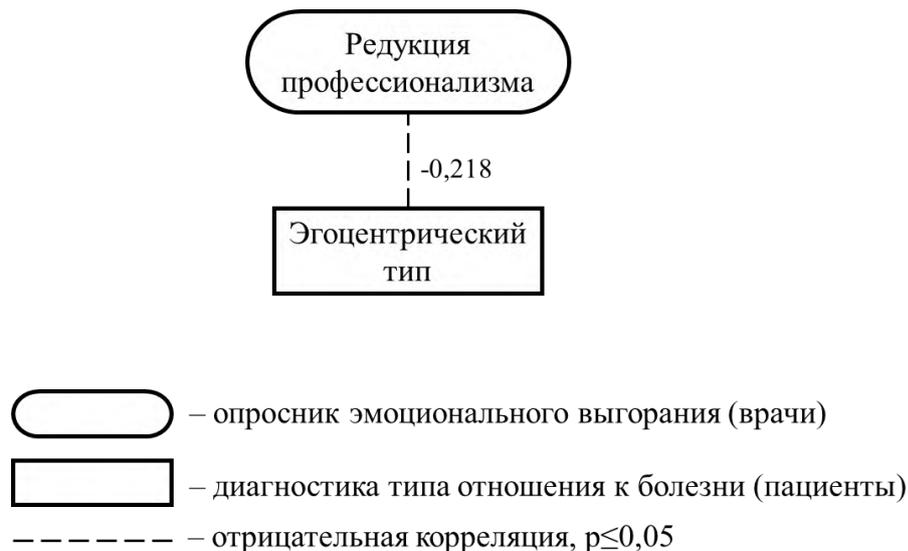


Рис.13. Корреляционная плеяда выраженности типов отношения к болезни у пациентов и показателей редукции профессионализма врачей

В свою очередь, между симптомом редукции профессиональных достижений у врачей и выраженностью эгоцентрического типа отношения к болезни у пациентов установлена обратно пропорциональная связь ($r=0,218$; $p \leq 0,05$). Можно предполагать, что негативная оценка собственной компетентности и продуктивности у врачей способствует поведению пациентов, при котором они стремятся демонстративно выставить напоказ свои страдания, связанные с заболеванием. Вместе с тем и наоборот, проявление пациентами завышенных требований сочувствия и внимания со стороны окружающих (и лечащего врача, соответственно) могут способствовать недооценке врачами собственных профессиональных навыков и умений. При этом процент дисперсии в

отношения к болезни у пациентов ($r=0,277$; $p\leq 0,01$). Следовательно, установлено, что чем более реалистичную, взвешенную оценку своего заболевания, его последствий и специфики лечения демонстрируют пациенты, тем меньше усилий прикладывают врачи для вовлечения пациента в процесс лечения. При этом регрессионный анализ показал, что процент дисперсии для связи данных показателей составляет всего 7,7%, т.е. коммуникативный уровень врача значимо влияет на выраженность гармоничного типа отношения к болезни лишь примерно 8% пациентов.

Положительно связан коммуникативный уровень врачей и с выраженностью анозогнозического типа отношения к болезни у пациентов ($r=0,214$; $p\leq 0,05$). Можно предполагать, чем выше уровень развития коммуникативных умений врача, тем менее активное избегание мыслей о болезни и её последствиях, легкомысленное отношение к лечению демонстрируют пациенты. При этом регрессионный анализ показал, что процент дисперсии для связи данных показателей составляет всего 4,6%, т.е. коммуникативный уровень врача значимо влияет на выраженность анозогнозического типа отношения к болезни лишь примерно 5% пациентов.

В свою очередь, отрицательно коммуникативный уровень врачей связан с выраженностью меланхолического ($r=-0,217$; $p\leq 0,05$) и апатического ($r=-0,211$; $p\leq 0,05$) типа отношения к болезни у пациентов. С меланхолическими и апатичными пациентами врачи чаще проявляют заинтересованность и включенность в процесс лечения. При этом регрессионный анализ показал, что процент дисперсии для связи данных показателей составляет всего 4,7%, т.е. коммуникативный уровень врача значимо влияет на выраженность меланхолического типа отношения к болезни лишь примерно 5% пациентов, процент дисперсии для связи данных показателей составляет всего 4,4%, т.е. коммуникативный уровень врача значимо влияет на выраженность апатического типов отношения к болезни лишь примерно 4% пациентов.

На рис.15 представлены корреляционные плеяды взаимосвязей между выраженностью гармоничного типа отношения к болезни у пациентов и показателями эмоционального интеллекта врачей. Полная корреляционная матрица данных показателей представлена в табл.23 Приложения 2.

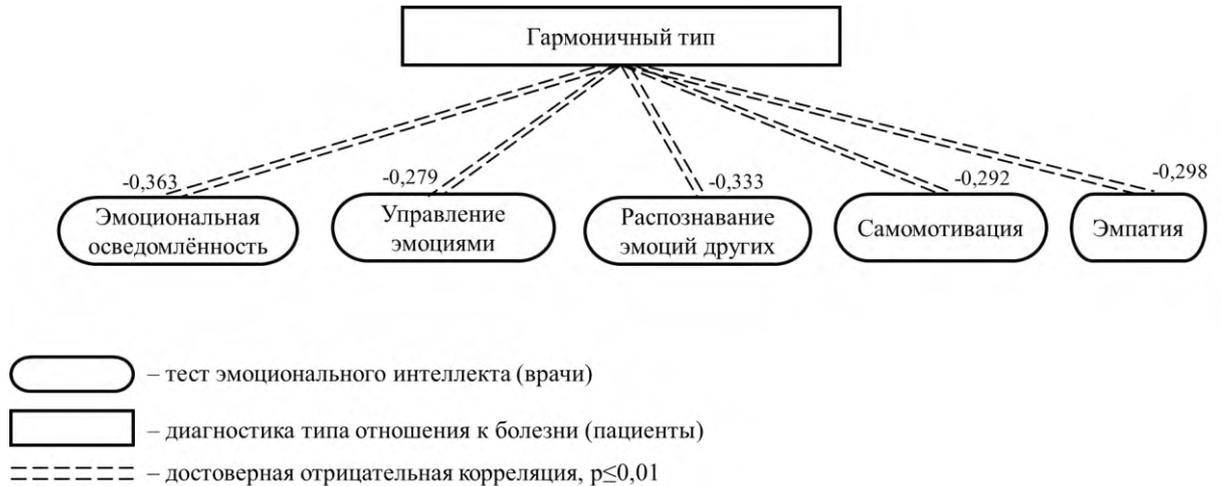


Рис.15. Корреляционная плеяда выраженности гармоничного типа отношения к болезни у пациентов и показателей эмоционального интеллекта врачей

Отметим, что наиболее сильные отрицательные связи установлены между выраженностью гармоничного типа отношения к болезни у пациентов и такими показателями эмоционального интеллекта врачей, как: эмоциональная осведомлённость ($r=-0,363$; $p \leq 0,01$), управление эмоциями ($r=-0,279$; $p \leq 0,01$), самомотивация ($r=-0,292$; $p \leq 0,01$), эмпатия ($r=-0,298$; $p \leq 0,01$) и распознавание эмоций других людей ($r=-0,333$; $p \leq 0,01$). Следовательно, чем более развита у врачей способность осознавать свои и чужие эмоции, понимать и управлять ими, сопереживать и сочувствовать другим людям, тем менее реалистичную и взвешенную оценку своего болезненного состояния, последствий заболевания и возможностей лечения демонстрируют пациенты. При этом процент дисперсии для связи данных показателей составляет: эмоциональная осведомлённость – 13,2%,

управление эмоциями – 7,8%, самомотивация – 8,5%, эмпатия – 8,9%, распознавание эмоций других – 11,16%. Следовательно, эмоциональный интеллект врачей влияет на выраженность гармоничного типа отношения к болезни не более 13% пациентов.

На рис.16 представлены корреляционные плеяды взаимосвязей между выраженностью меланхолического типа отношения к болезни у пациентов и показателями эмоционального интеллекта врачей.

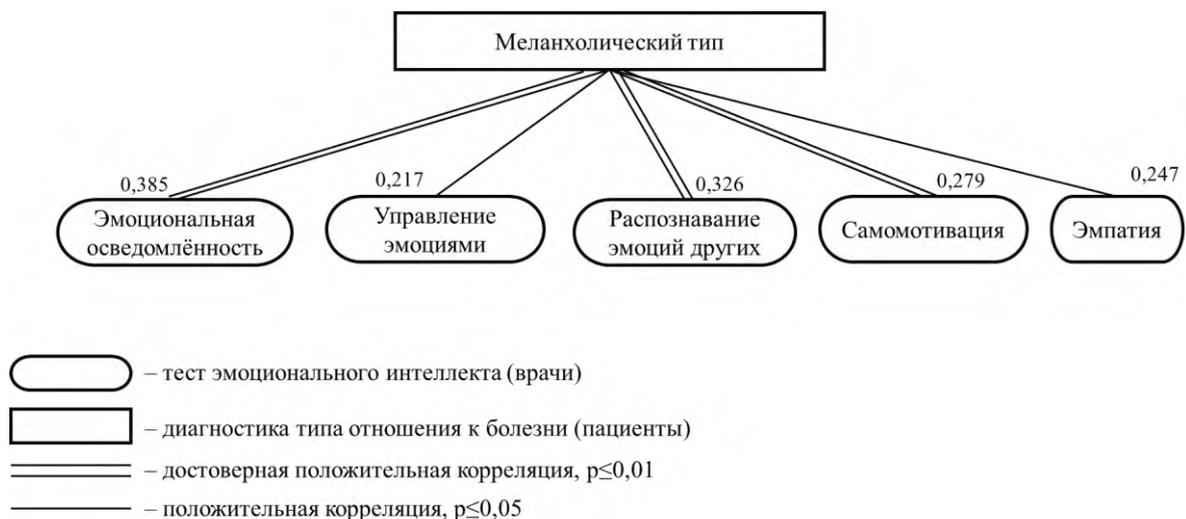


Рис.16. Корреляционная плеяда выраженности меланхолического типа отношения к болезни у пациентов и показателей эмоционального интеллекта врачей

Положительная взаимосвязь установлена между выраженностью меланхолического типа отношения к болезни у пациентов и такими показателями эмоционального интеллекта врачей, как: эмоциональная осведомлённость ($r=0,385$; $p \leq 0,01$), управление эмоциями ($r=0,217$; $p \leq 0,05$), самомотивация ($r=0,279$; $p \leq 0,01$), эмпатия ($r=0,247$; $p \leq 0,05$) и распознавание эмоций других людей ($r=0,326$; $p \leq 0,01$). Следовательно, с меланхолическими пациентами врачи активнее включаются в коммуникацию, более выражено проявляют сопереживание и эмпатию. При этом процент дисперсии для связи данных показателей составляет: эмоциональная осведомлённость – 14,8%, управление эмоциями – 4,7%,

самомотивация – 7,8%, эмпатия – 6,1%, распознавание эмоций других – 10,6%. Следовательно, эмоциональный интеллект врачей влияет на выраженность меланхолического типа отношения к болезни не более 15% пациентов.

На рис.17 представлены корреляционные плеяды взаимосвязей между выраженностью апатического типа отношения к болезни у пациентов и показателями эмоционального интеллекта врачей.

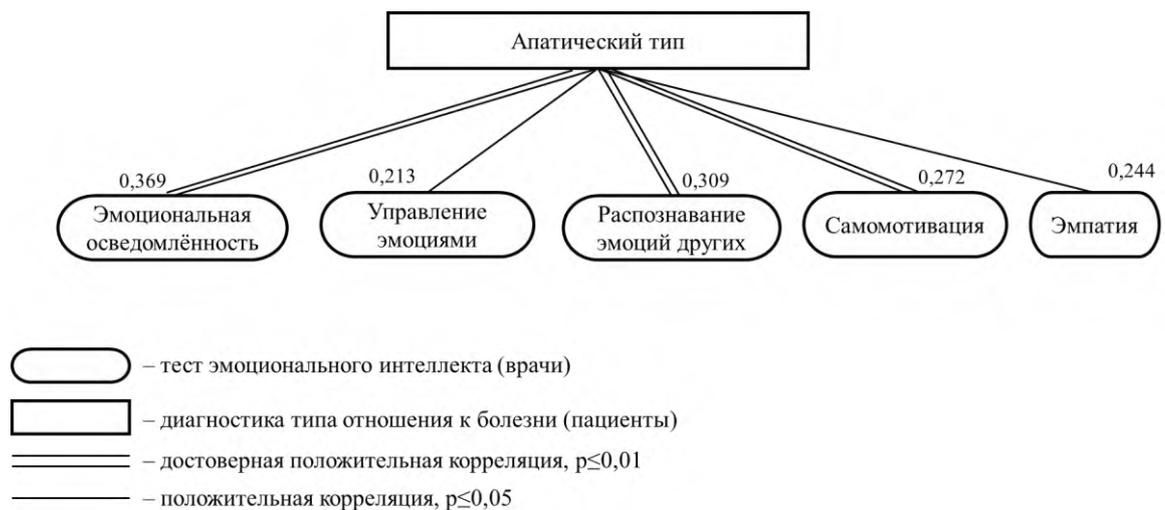


Рис.17. Корреляционная плеяда выраженности апатического типа отношения к болезни у пациентов и показателей эмоционального интеллекта врачей

Положительная взаимосвязь установлена между выраженностью апатического типа отношения к болезни у пациентов и такими показателями эмоционального интеллекта врачей, как: эмоциональная осведомлённость ($r=0,369$; $p \leq 0,01$), управление эмоциями ($r=0,213$; $p \leq 0,05$), самомотивация ($r=0,272$; $p \leq 0,01$), эмпатия ($r=0,244$; $p \leq 0,05$) и распознавание эмоций других людей ($r=0,309$; $p \leq 0,01$). Следовательно, с апатичными пациентами врачи проявляют себя более эмпатично, выражают больше сопереживания и включённости в процесс лечения. При этом процент дисперсии для связи данных показателей составляет: эмоциональная осведомлённость – 13,6%, управление эмоциями – 4,5%,

самомотивация – 7,4%, эмпатия – 6,0%, распознавание эмоций других – 9,6%. Следовательно, эмоциональный интеллект врачей влияет на выраженность апатического типа отношения к болезни не более 14% пациентов.

На рис.18 представлены корреляционные плеяды взаимосвязей между выраженностью тревожного типа отношения к болезни у пациентов и показателями эмоционального интеллекта врачей.

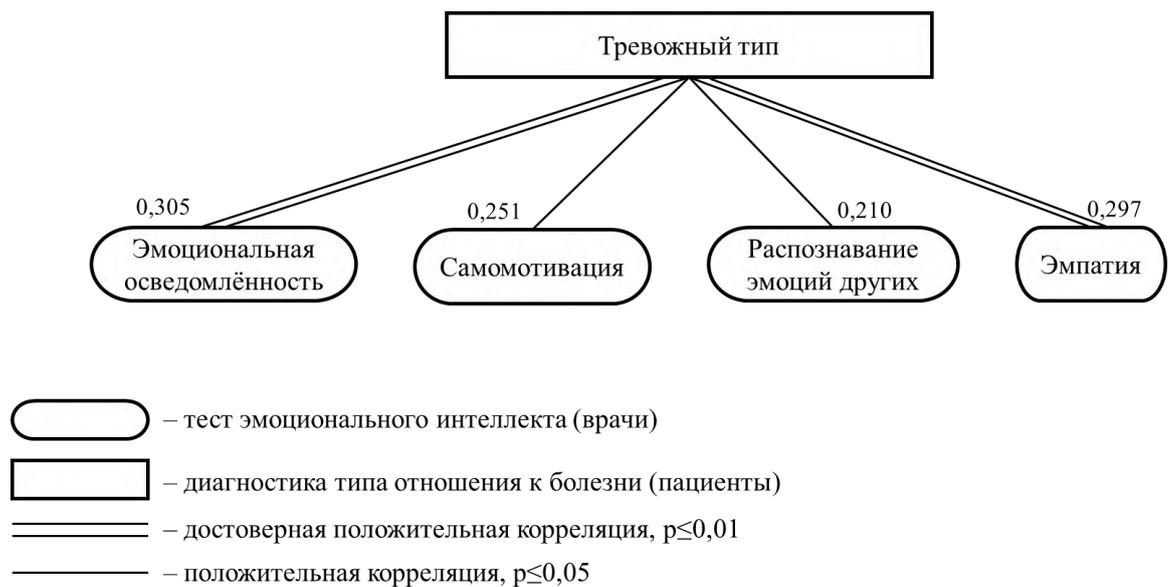


Рис.18. Корреляционная плеяда выраженности тревожного типа отношения к болезни у пациентов и показателей эмоционального интеллекта врачей

Положительная взаимосвязь установлена между выраженностью тревожного типа отношения к болезни у пациентов и такими показателями эмоционального интеллекта врачей, как: эмоциональная осведомленность ($r=0,305$; $p \leq 0,01$), самомотивация ($r=0,251$; $p \leq 0,05$), эмпатия ($r=0,210$; $p \leq 0,05$) и распознавание эмоций других людей ($r=0,297$; $p \leq 0,01$). Следовательно, чем большее беспокойство и мнительность в отношении своего заболевания и исходов лечения демонстрируют пациенты, тем более развита у врачей способность осознавать свои и чужие эмоции, понимать и управлять ими, сопереживать и сочувствовать пациентам. При

этом процент дисперсии для связи данных показателей составляет: эмоциональная осведомлённость – 9,3%, самомотивация – 6,3%, эмпатия – 4,4%, распознавание эмоций других – 8,8%. Следовательно, эмоциональный интеллект врачей влияет на выраженность тревожного типа отношения к болезни не более 10% пациентов.

На рис.19 представлены корреляционные плеяды взаимосвязей между выраженностью анозогнозического типа отношения к болезни у пациентов и показателями эмоционального интеллекта врачей.

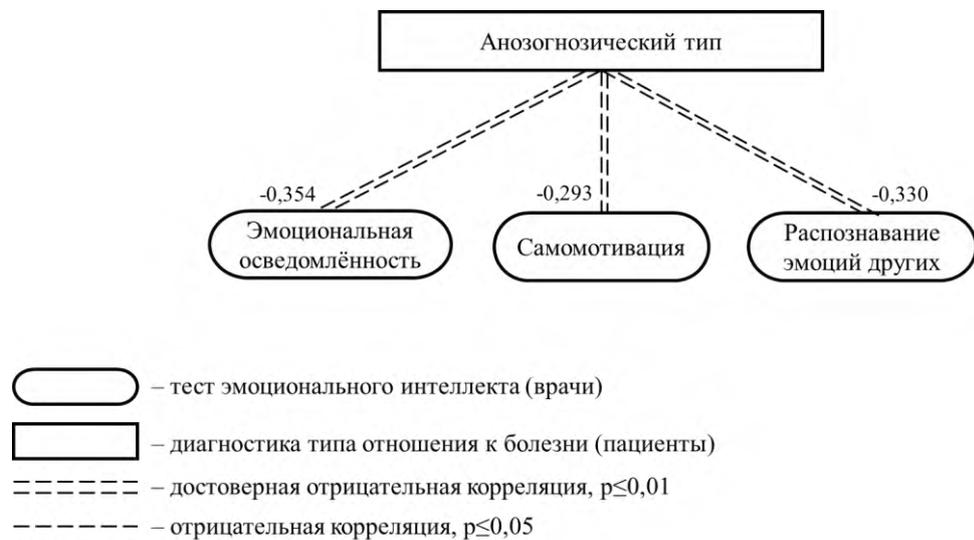


Рис.19. Корреляционная плеяда выраженности анозогнозического типа отношения к болезни у пациентов и показателей эмоционального интеллекта врачей

В свою очередь, отрицательная взаимосвязь установлена между выраженностью анозогнозического типа отношения к болезни у пациентов и такими показателями эмоционального интеллекта врачей, как: эмоциональная осведомлённость ($r=-0,354$; $p \leq 0,01$), самомотивация ($r=-0,293$; $p \leq 0,01$), распознавание эмоций других людей ($r=-0,330$; $p \leq 0,01$). Следовательно, чем более развита у врачей способность осознавать свои и чужие эмоции, понимать и управлять ими, сопереживать и сочувствовать другим людям, тем менее пренебрежительное, легкомысленное отношение к своему заболеванию и лечению демонстрируют пациенты. При этом

процент дисперсии для связи данных показателей составляет: эмоциональная осведомлённость – 12,5%, самомотивация – 7,5%, распознавание эмоций других – 10,9%. Следовательно, эмоциональный интеллект врачей влияет на выраженность тревожного типа отношения к болезни не более 13% пациентов.

На рис.20 представлены корреляционные плеяды взаимосвязей между показателем удовлетворённости врачом у пациентов и показателями эмоционального интеллекта врачей. Полная корреляционная матрица данных показателей представлена в табл.24 Приложения 2.

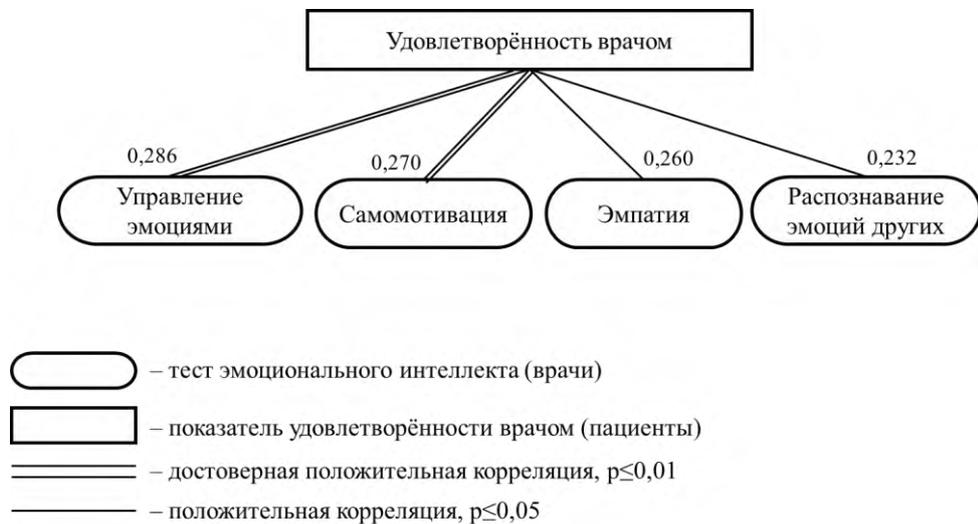


Рис.20. Корреляционная плеяда удовлетворённости врачом у пациентов и показателей эмоционального интеллекта врачей

Установлено, что показатель удовлетворённости пациента своим врачом прямо пропорционально взаимосвязан с показателями эмоционального интеллекта врачей, однако связь так же характеризуется слабой теснотой.

Так, выявлена положительная взаимосвязь между показателем удовлетворённости врачом у пациентов и такими показателями эмоционального интеллекта врачей, как: управление эмоциями ($r=0,286$; $p \leq 0,01$), самомотивация ($r=0,270$; $p \leq 0,01$), эмпатия ($r=0,260$; $p \leq 0,05$) и распознавание эмоций других людей ($r=0,232$; $p \leq 0,05$). Следовательно, чем

более развита у врачей способность распознавать чужие эмоции, понимать и управлять своими и чужими эмоциональными состояниями, сопереживать и сочувствовать другим людям, тем более высокий уровень удовлетворённости врачом демонстрируют пациенты. При этом процент дисперсии для связи данных показателей составляет: эмоциональная осведомлённость – 9,3%, самомотивация – 6,3%, эмпатия – 4,4%, распознавание эмоций других – 8,8%. Следовательно, эмоциональный интеллект врачей влияет на выраженность тревожного типа отношения к болезни не более 10% пациентов.

На рис.21 представлены корреляционные плеяды взаимосвязей между показателем удовлетворённости врачом у пациентов и коммуникативным уровнем врачей. Полная корреляционная матрица данных показателей представлена в табл.25 Приложения 2.

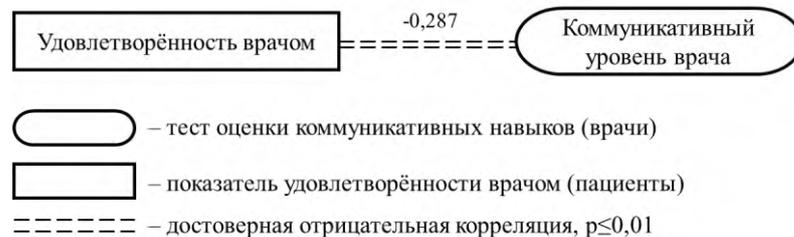


Рис.21. Корреляционная плеяда удовлетворённости врачом у пациентов и коммуникативного уровня врачей

Отметим, что установленная связь характеризуется отрицательной направленностью и слабой теснотой ($r = -0,287$; $p \leq 0,01$), следовательно, чем лучше развиты коммуникативные навыки врача, тем в большей степени пациенты будут им удовлетворены.

Для решения последней эмпирической задачи анализ производился в несколько этапов.

Первоначально было произведено сравнение коммуникативного уровня пациентов и врачей (табл.26 Приложения 3; $t = 3,6$; $p \leq 0,01$), причём

было установлено, что коммуникативный уровень пациентов несколько выше, чем у врачей. Затем вся выборка была разбита на две группы:

1 группа – пациенты и врачи обладают высокими коммуникативными навыками (цифровая разница в показателях пациентов и врачей составляет не более $\pm 20\%$) – 56 человек;

2 группа – пациенты и врачи значительно различаются по уровню развития коммуникативных навыков (цифровая разница в показателях пациентов и врачей составляет более $\pm 20\%$) – 34 человека.

В каждой группе был проведён отдельный корреляционный анализ с помощью критерия корреляции К. Пирсона. Результаты взаимосвязей в каждой группе представлены в табл.11. Полные корреляционные матрицы представлены в табл.27-30 Приложения 3.

Таблица 11

Показатели комплаентности у пациентов в каждой группе, связанные с коммуникативным уровнем врачей

Показатель	Коэффициент корреляции	$p \leq$
1 группа		
Эмоциональная комплаентность	-0,334	0,05
Поведенческая комплаентность	-0,389	0,01
Общий уровень комплаентности	-0,322	0,05
2 группа		
-	-	-

Можно отметить, что в первой группе, где коммуникативные уровни врача и пациентов практически не различаются, выявлены взаимосвязи коммуникативных навыков врача и с уровнем комплаентности пациентов. В то же время во второй группе, где коммуникативные уровни врача и пациента существенно различаются, связей не выявлено.

Так, в группе, где пациенты и врачи мало различаются по коммуникативному уровню, установлена отрицательная взаимосвязь коммуникативных навыков врачей с уровнем эмоциональной ($r=-0,334$; $p \leq 0,05$), поведенческой ($r=-0,389$; $p \leq 0,01$) и общей ($r=-0,322$; $p \leq 0,05$)

комплаентности. Следовательно, если коммуникативный уровень врача (и соответственно, пациента) достаточно высокий, то пациенты в большей степени ориентированы на достижение цели лечения, эмоционально зрело и устойчиво реагируют на собственное заболевание и его последствия. При этом регрессионный анализ данных показателей показал, что процент дисперсии для них составляет: эмоциональная комплаентность – 11,1%, поведенческая комплаентность – 15,1%, общая комплаентность – 10,4%. То есть влияние коммуникативного уровня врача распространяется на приверженность лечению лишь 15% пациентов со схожим коммуникативным уровнем (табл. 12).

Таблица 12

Влияние коммуникативного уровня врача на показатели приверженности лечению пациентов

Уравнение	Уровень достоверности, p
Коммуникативный уровень врачей = -0,334 + 0,111*Эмоциональная комплаентность	≤0,05
Коммуникативный уровень врачей = -0,389 + 0,151*Поведенческая комплаентность	≤0,01
Коммуникативный уровень врачей = -0,322 + 0,104* Общий уровень комплаентности	≤0,05

Таким образом, в ходе статистического анализа данных были решены все поставленные в работе задачи. Следующим этапом эмпирического исследования было обобщение аналитических данных и формулирование выводов.

4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов исследования выборки врачей показал, что всем врачам в выборке свойственен оптимальный коммуникативный уровень и признаки эмоционального выгорания (причём чаще всего – деперсонализация).

При этом каждому врачу свойственен достаточно высокий уровень понимания эмоций (как своих, так и чужих) и их контроль в поведении в сочетании с трудностями в управлении ими.

В конфликте исследованные врачи чаще всего склонны прибегать к стратегии компромисса и не склонны навязывать оппонентам своё мнение как единственно верное.

Анализ результатов исследования в выборке пациентов показал, что исследованные пациенты характеризуются высоким уровнем приверженности лечению и в социальной, и в эмоциональной, и в поведенческой сферах. Можно предполагать, что большинство пациентов демонстрируют высокое доверие к своему лечащему врачу, склонны строго (иногда чрезмерно) следовать выданным им лечебным рекомендациям, в целом, демонстрируют положительный настрой и ориентированность на достижение цели лечения.

Кроме того, было установлено, что с возрастом уровень комплаентности у пациентов имеют тенденцию возрастать, т.е. чем старше пациент, тем в большей степени он привержен лечению и становится более зависимым от своего лечащего врача. Поведенческая комплаентность также сильнее выражена у более взрослых пациентов, что указывает на повышение с возрастом целенаправленности пациентов в соблюдении врачебных предписаний, стабильности, готовности несмотря ни на что справиться с болезнью, которая воспринимается ими как некое препятствие.

Коммуникативный уровень большинства пациентов соответствует средним и высоким значениям, то есть им свойственен достаточно высокий уровень общительности, но также трудности при понимании собеседника, неспособность выслушать его мнение. При этом коммуникативный уровень значимо не различается ни у пациентов разных возрастов, ни у пациентов мужского и женского пола.

У большинства пациентов наблюдается уже сформировавшийся чистый тип отношения к болезни. Причём чаще всего он соответствует эргопатическому типу, который, согласно авторам методики, является одним из трёх наиболее адаптивных типов отношения к болезни (наряду с гармоничным и анозогнозическим). Можно предполагать, что большинству пациентов свойственен стенический тип поведения в ситуации болезни: сверхответственное отношение к работе, избирательное отношение к обследованию и лечению, тревога и страх, что заболевание не позволит продолжить активную трудовую деятельность в прежнем качестве и продуктивности.

Адаптивная направленность отношения к болезни, в целом, отмечается более чем у половины пациентов. Следовательно, можно говорить о том, что они характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли» больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации. Однако другой половине выборки (преимущественно со смешанными типами отношения к болезни) свойственна дезадаптивная направленность отношения к своему заболеванию с интра- или интерпсихической направленностью переживаний. В первом случае эмоционально-аффективная сфера отношений к болезни у данных пациентов проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь или, напротив,

отказе от борьбы. Во втором случае – сенсibilизированным отношением к болезни: смущением из-за своего заболевания перед окружающими, использованием его для достижения определенных целей, выстраиванием паранойяльного характера концепций относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявлением гетерогенные агрессивных тенденций.

Среди смешанных типов отношения к болезни у пациентов отмечают преимущественно согласованные сочетания, отражающие свойственные им преморбидные особенности личности. Причём наиболее частым оказалось согласованное сочетание эргопатического и анозогнозического типа отношения к болезни, который отражает, с одной стороны, стремление пациентов сохранить свой профессиональный статус, «уйти в работу» от болезни, а с другой стороны, легкомысленное отношение к заболеванию и склонность активно отбрасывать мысли о нём. Также в выборке пациентов выявлены и разнообразные сочетания тревожного и сензитивного типов отношения к болезни, также согласованных между собой и отражающих, вероятно, характерные для данных пациентов личностные черты ранимости, неуверенности, уязвимости к внешним воздействиям и, в целом, интрапсихическую направленность личности.

В противоречивых сочетаниях типов отношения к болезни наблюдается смешение, с одной стороны, интрапсихических переживаний (тревожность, сензитивность), с другой стороны, интерпсихических (эгоцентрических и паранойяльных) и желания «уйти» в работу (эргопатический тип). Это может свидетельствовать о наличии противоборствующих тенденций в личности данных пациентов: мнительности, чрезмерного беспокойства о своём здоровье и озабоченность негативным отношением окружающих, но также склонность искать выгоду в своей болезни, выставлять её напоказ и

демонстративно обвинять в ней других людей. При этом сохраняется также и мотив продолжения активной профессиональной деятельности.

Кроме того, небольшая часть выборки пациентов характеризовалась диффузным типом отношения к болезни, т.е. данные пациенты продемонстрировали большое количество разнонаправленных тенденций в ходе заполнения опросника и не могли быть отнесены ни к чистому, ни к смешанному типу отношения к болезни. Можно предполагать, что пациенты с диффузным типом отношения к болезни либо характеризуются низким уровнем рефлексии (и не способны оценить ретроспективно своё состояние на разных этапах заболевания), либо имеют выраженные внутриличностные конфликты, вследствие которых формально демонстрируют один тип поведения, однако внутренние переживания могут быть отнесены к другим, либо редко сталкиваются с заболеваниями, требующими повышенного внимания.

Также выявлена тенденция, в соответствии с которой пациенты мужского пола демонстрируют более выраженное стремление отрицать наличие болезни, её последствий, легкомысленность в отношении лечения или вовсе отказ от него, а пациенты женского пола – более выраженное поведение по типу «раздражительной слабости», чрезмерную ранимость и обеспокоенность возможным мнением окружающих о проявлениях заболевания. Кроме того, с возрастом у пациентов отмечается тенденция к поиску выгоды в своём заболевании, а также к большей выраженности демонстративности, плаксивости при сообщении о своей болезни, поиску сочувствия и повышенного внимания ко всем требованиям со стороны окружающих.

Установлено также, что большинство пациентов вполне удовлетворены своим лечащим врачом, причём женщины несколько чаще, чем мужчины, а также более взрослые пациенты чаще удовлетворены своим лечащим врачом, чем более молодые.

Корреляционный и регрессионный анализы показал, что большинство индивидуально-личностных особенностей врача связано с уровнем комплаентности и типом отношения к болезни у пациентов, однако все установленные связи характеризуются очень слабой теснотой связи и малым процентом дисперсии (максимальный процент составил 15%). Следовательно, можно говорить о том, что установленные связи указывают лишь на отдельные тенденции в поведении выборки.

Так, установлено, что с возрастанием коммуникативного уровня врача повышаются и показатели комплаентности пациентов. Можно предполагать, что умение врача внимательно слушать своих пациентов, учитывать их мнение, корректно взаимодействовать с ними способствует большей приверженности у пациентов лечению, веры в успех лечения, стремление строго следовать всем рекомендациям, не игнорируя реальные симптомы болезни. Однако также развитые коммуникативные навыки врача могут привести к повышенной впечатлительности, ранимости пациентов, склонности высказывать ему все тревожные опасения, касающиеся переживания болезни.

На уровень комплаентности пациентов также влияет и эмоциональный интеллект врача. Более развитая у врачей способность осознавать свои эмоции и управлять ими, понимать эмоции пациентов и влиять на них, а также умение демонстрировать пациентам поддержку, эмпатию и сопереживание может способствовать большей приверженности лечению у пациентов, развитию у них склонности строго следовать рекомендациям врача и плану лечения, быть позитивно настроенным на успех лечения.

Следовательно, высокий коммуникативный уровень и развитый эмоциональный интеллект врача могут обусловить выстраивание более дружеских, доверительных отношений с пациентом, которые

способствуют уверенности пациента в назначенном ему лечении и его эффективности.

Как было сказано ранее, у всех исследованных врачей выявлены признаки эмоционального выгорания, в первую очередь – деперсонализации, что, согласно ряду источников и собственно содержательной стороне данного симптома, неизбежно должно привести к ухудшению взаимоотношений с пациентами, развитию у них тех или иных негативных переживаний. Проведённый корреляционный и регрессионный анализ показали, что выраженное эмоциональное истощение, признаки негативизма, циничности, эмоциональной отстранённости приводят к появлению у пациентов раздражительности, плаксивости, сензитивности, тревоги и страха из-за возможных негативных реакций на болезнь со стороны окружающих. В свою очередь, неудовлетворённость врача собой как личностью и профессионалом приводит к снижению выраженности у пациентов признаков демонстративности, истероидности, эмоциональной нестабильности. Возможно, сознательно или бессознательно демонстрируемые врачом усталость от работы, истощённость, нежелание тесно взаимодействовать с пациентами ввиду выгорания, снижение профессиональной мотивации чётко воспринимаются пациентами и способствуют развитию у них установок по типу «я не интересен своему врачу, значит меня плохо лечат», «врач отстранился от меня, потому что у меня плохие прогнозы» и т.д. При этом формальность общения со стороны врачей приводит к пониманию пациентами того, что яркой демонстрацией своих симптомов и трудностей они не добьются от него повышенного внимания, соответственно снижаются и проявления эгоцентрической направленности.

Коммуникативный уровень врача также связан с выраженностью у пациентов разных типов отношений к болезни. В отношении пациентов менее реалистично оценивающих своё заболевание, склонных

недооценивать или переоценивать его тяжесть, постоянно размышляющих о своей болезни и её последствиях, высказывающих активные депрессивные и пессимистические мысли или утрачивающих интерес к жизни и лечению, врачи демонстрируют более высокий уровень коммуникативных навыков, умение найти подход в общении с пациентом, выслушать все его жалобы и способствовать формированию заинтересованности к процессу лечения.

На выраженность разных типов отношения к болезни у пациентов влияет также и эмоциональный интеллект врачей. Как видно из анализа, пациентам с признаками ранимости, слезливости, пессимистичности, утраты интереса к жизни и лечению, беспокойства и мнительности, угнетённой психической активностью, врачи уделяют больше внимания, проявляют способность осознавать свои эмоции и управлять ими, понимать эмоции пациентов и влиять на них, а также умение демонстрировать пациентам поддержку, эмпатию и сопереживание. Кроме того, развитый эмоциональный интеллект врачей может обуславливать снижение адаптивности типов отношения к болезни, особенно в отношении гармоничного и анозогнозического типов. У врачей, демонстрирующих высоко развитые качества, связанные с эмоциональным интеллектом, пациенты склонны менее реалистично оценивать тяжесть своего заболевания и исход лечения, переживать за его последствия и постоянно думать о своей болезни.

Пациенты также чаще удовлетворены своим врачом, если он демонстрирует более высокий уровень эмоционального интеллекта и коммуникативных навыков.

Таким образом, наблюдаются следующие результаты. У всех врачей установлен высокий коммуникативный уровень, средне развитый эмоциональный интеллект и признаки эмоционального выгорания. Большинство их пациентов характеризуется высоким уровнем

комплаентности, достаточно высоким коммуникативным уровнем и преобладанием адаптивных (чистых и смешанных) типов отношения к болезни. При этом имеются взаимосвязи, установленные между этими показателями врачей и пациентов, однако они являются слабыми и не позволяют точно спрогнозировать возможные поведенческие реакции пациентов в период болезни. Установлено, что чем лучше врач коммуницирует со своими пациентами, демонстрирует хорошее понимание их эмоционального состояния, обладает развитой способностью к эмпатии, тем более привержены лечению их пациенты, строго соблюдают все рекомендации и полностью доверяют своему лечащему врачу. С пессимистичными, депрессивными, апатичными и мнительными пациентами врачи чаще проявляют эмпатичность, заинтересованность и включенность в процесс лечения.

В целом, коммуникативный уровень пациентов несколько выше, чем коммуникативный уровень врачей, при этом врач и пациент по-разному влияют друг на друга в зависимости от того, насколько различен у них коммуникативный уровень.

Если врач и пациент обладают примерно равными коммуникативными навыками, то высокий коммуникативный уровень способствует высокой приверженности лечению у пациентов.

Резюмируя всё вышесказанное, можно отметить, что коммуникативный уровень врача и его эмоциональный интеллект связаны с приверженностью лечению и типом отношения к болезни у пациентов. Однако связи между данными показателями слабые, указывают на возможные взаимообуславливающие тенденции и не могут являться полноценным способом прогнозировать уровень комплаентности и реагирование на болезнь у пациентов.

Данные результаты позволяют подтвердить поставленную гипотезу исследования.

ВЫВОДЫ

1. Строгое выполнение рекомендаций, гармоничное отношение к своему заболеванию и лечению у пациентов взаимосвязано с умением врачей устанавливать контакт и доверительные отношения.

2. Отсутствие готовности врача к эмоциональному контакту взаимосвязано с проявлением у пациентов раздражительности, сензитивности, тревожно-фобических явлений в процессе лечения.

3. С проявлением у пациентов пессимистичности, апатичности и мнительности взаимосвязано более активное проявление врачами эмпатичности, заинтересованности и включенности в процесс лечения.

4. Высокий уровень эмоционального интеллекта и развитые коммуникативные навыки врачей связаны с удовлетворённостью пациентов ими, их действиями, рекомендациями и лечением.

5. Схожесть коммуникативных навыков пациента и его лечащего врача связана с более высоким уровнем комплаентности пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Низкая приверженность лечению – серьезная проблема современной медицины, которая приводит к снижению эффективности лечения, увеличению числа госпитализаций и повторных посещений врача, снижению удовлетворенности пациента оказываемой медицинской помощью. Для системы здравоохранения это значит, что несоблюдение пациентами врачебных рекомендаций ведет к значительному увеличению стоимости лечения как для самого пациента, так и для всей системы здравоохранения. При этом характер взаимодействия врача и пациента является ключевым фактором формирования комплаентного поведения пациента.

В настоящем исследовании была предпринята попытка исследовать коммуникативные навыки и эмоциональный интеллект врачей, и приверженность лечению пациентов, а также выявить взаимосвязи между исследуемыми характеристиками. Располагая знаниями подобных особенностей, можно создать условия для развития коммуникативных навыков врачей, что в свою очередь поспособствует формированию более высокого уровня приверженности лечению у пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Есть необходимость во введении во врачебную подготовку тренингов развития эмоционального интеллекта, так как отсутствие готовности к эмоциональному контакту со стороны врача способствует формированию у пациентов сензитивности и тревожности, что снижает уровень комплаентности пациентов. На основе развитого эмоционального интеллекта проведение тренингов коммуникативных навыков будет более эффективно.

2. Также актуальными будут группы для врачей для работы с профессиональным выгоранием и тренинги повышения стрессоустойчивости, с целью повышения эффективности и качества работы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдони́на Н. С. К проблеме определения компонентов структуры профессиональной идентичности // Вестник Омского государственного педагогического университета. Гуманитарные исследования. 2017. № 3 (16). С. 127-131.
2. Аведисова А. С. Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс – отказ от терапии – мотивация к лечению // Эффективная фармакотерапия. 2012. № 48. С. 64-69.
3. Асриян О. Б. Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача // Педагогика. № 4. 2016. С. 93-97.
4. Байрак Д. М. Комплаенс в медицине: знание – ключ к успеху // Новости медицины и фармации. 2011. № 4 (354). С. 6-9.
5. Байрак Д. М. О проблеме полипрагмазии вообще и в оториноларингологии в частности // Новости медицины и фармации. 2009. № 16 (290).
6. Банщиков Ф. Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2006. № 4. С. 9-11.
7. Баова А. Б., Суворина О. В., Фахрудинова Э. Р. Комплаентность как залог эффективности лечения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 12. С. 1541.
8. Валеев И. Г., Закирова А. Н., Руденко В. Г. Формирование профессиональных компетенций в процессе повышения квалификации врачей // Формирование профессиональных

компетенций в рамках ФГОС ВПО: материалы научно-методической конференции. Уфа, 2012. С. 72-73.

9. Вассерман Л. И., Иовлев Б.В., Карпова Э. Б. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей // Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. СПб, 2005. 33 с.
10. Власова Я. Ф. Особенности внутренней картины болезни при артериальной гипертензии в зависимости от приверженности к антигипертензивному лечению. Ульяновск, 2001. 120 с.
11. Вольская Е. А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. 2013. № 11. С. 6-15.
12. Герасимова Л. П., Кузнецова Л. И., Кабирова М. Ф. Профессиональная компетентность // Формирование профессиональных компетенций в рамках ФГОС ВПО: материалы научно-метод. конф. Уфа, 2012. С. 107-109.
13. Горшков М. К., Ключарев Г. А. Непрерывное образование в контексте модернизации. М.: ИС РАН, ФГНУ ЦСИ, 2011. 232 с.
14. Гречко Т. Ю. Факторы, влияющие на комплаенс в современных условиях психиатрии // Научно- медицинский вестник Центрального Черноземья: сетевое электронное издание научно-практического журнала. 2009. I квартал. № 35.
15. Гуляевская Н. В. Проблемы формирования профессиональной идентичности студентов медицинского вуза в условиях современного российского общества // Вестник Томского государственного университета. 2009. № 326. С. 42-44.

16. Гуткевич Е. В., Каткова М. Н., Семке А. В. Семейные системы в адаптации больных шизофреническими расстройствами: пособие для врачей, научных сотрудников, аспирантов, ординаторов, интернов и студентов / под ред. В. Я. Семке, В. Ф. Лебедевой. Томск: Изд-во «Графика», 2012. 91 с.
17. Данилов Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. № 1.
18. Дмитриев М. Н., Санников А. Н., Бачурина О. В. Терапевтические факторы комплаенса при лечении психозов: срез отдельных проблем // Главный врач юга России. 2017. № 3 (56). С. 59-62.
19. Доника А. Д. Синдром профессионального выгорания как маркер этических проблем современной медицины // Биоэтика. 2009. № 1. С. 28-31.
20. Дубровина Д. А., Шумаков В. А., Титова О. А. Коммуникативно-эмоциональные показатели профессиональной идентичности будущего врача // Психология. Психофизиология. 2019. Т. 12. № 3. С. 17-26.
21. Духновский С. В. Диагностика межличностных отношений. Психологический практикум // СПб.: Речь, 2009. С. 73-78.
22. Евдокименко А. С., Стрижова Е. А., Терехова Е. С., Караськова А. В. Экономические и социальные последствия коронавируса в России и в мире // Аналитический бюллетень НИУ ВШЭ. 2020. № 4. С. 129-138.
23. Елфимова Е. В., Елфимова М. А. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность // Заместитель главного врача. 2009. № 11. С. 18-25.

24. Ильин Е. И. Эмоции и чувства // СПб.: Питер, 2001. С. 633-634
25. Исаева Е. Р., Ситкина Е. В., Орехов Л. Ю. Психологические факторы приверженности к лечению: сравнительный анализ пациентов, выполняющих и не выполняющих рекомендации врача-стоматолога // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2017. Т. 9. № 1(42). С. 9.
26. Ицкович М. М., Костарева Е. Н., Токарева Е. А. Методическое пособие для врачей акушеров-гинекологов по работе с женщинами в ситуации репродуктивного выбора (СРВ). Екатеринбург: Издательский Дом «Ажур», 2017. 94 с.
27. Кадыров Р. В., Асриян О. Б., Ковальчук С. А. Опросник «Уровень комплаентности»: монография. Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. 74 с.
28. Карелин А. А. Психологические тесты // Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. - Т. 2. - 246 с.
29. Калашникова М. Ф., Бондарева И. Б., Лиходей Н. В. Приверженность лечению при сахарном диабете 2-го типа: определение понятия, современные методы оценки пациентами проводимого лечения // Лечащий врач. 2015. № 3. С. 27.
30. Колягин В. В. Коммуникация в медицине. Основы транзакционного анализа: пособие для врачей. Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012. 60 с.
31. Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А. Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. 2002. Т. 1. № 6. С. 24-30.

32. Кузнецова О. А., Лепехин Н. Н. Психологические особенности синдрома выгорания у врачей анестезиологов-ревматологов // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / под ред. В.В. Лукьянова. Курск: Курск. гос. ун-т, 2008. С. 220-227.
33. Ледванова Т. Ю., Коломейчук А. В. Формирование коммуникативной компетентности врача // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 2. С.115-121.
34. Лесняк О. М. О роли пациента в современном диагностическом и лечебном процессе // Северо-Кавказский психологический вестник. 2010. № 4. С. 45-48.
35. Лукьянов В. В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2007. 53 с.
36. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 220 с.
37. Лутова Н. Б., Макаревич О. В. Влияние семьи на медикаментозный комплаенс больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2010. № 2. С. 31-34.
38. Лутова Н. Б., Макаревич О. В. Подходы к терапии комплаенса у больных шизофренией // Вестник психотерапии. 2015. № 54. С. 7-19.
39. Лутова Н. Б. Оценка факторов комплаентности психически больных и влияние на них коморбидных расстройств. Методические рекомендации. СПб.: Психоневрол. институт им. В. М. Бехтерева, 2012. 23 с.

40. Лутова Н. Б., Петровская И. Н., Вид В. Д. Сознание болезни и комплаенс больных психозами // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014. № 1. С. 10-15.
41. Люсин Д. В. Новая методика измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭМИн // Психологическая диагностика. 2006. № 4. С. 3-22.
42. Мадалиева С. Х., Асимов С. Т. Формирование и развитие коммуникативной компетенции врача // Научное обозрение. Педагогические науки. 2016. № 2. С. 66-73.
43. Самойлова А. В., В России умерли 489 медиков, заразившихся коронавирусом [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://ria.ru/20200618/1573109268.html> (дата обращения – 20.01.2022).
44. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс, 2005. 432 с.
45. Минздрав признал, что коронавирусом на работе заразились более 14 тысяч российских медиков [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.newsru.com/russia/07jul2020/medics_sick.html# (дата обращения – 29.01.2022).
46. Минутко В. Л. Шизофрения. Курск: ИПП Курск, 2009. 688 с.
47. Молотков А. О., Пунин А. А., Молоткова С. А., Евсева И. П. Комплаенс или приверженность терапии: современное состояние проблемы и особенности при бронхиальной астме // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2012. № 1. С. 56-62.

48. Мосиенко О. С. Влияние прекариатизации трудовых отношений на профессиональную идентичность врачей (на примере г. Казани) // Гуманитарий Юга России. 2017. № 5. С. 206-219.
49. Недуруева Т. В., Павлова Л. Е., Стоянов Л. В. Библиометрический и категориально-понятийный анализ проблемы комплаенса в медицинской психологии // Региональный вестник. 2020. № 4 (43). С. 71-72.
50. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1997. 168 с.
51. Петриков С. С., Холмогорова А. Б., Суроегина А. Ю., Микита О. Ю., Рой А. П., Рахманина А. А. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 8-45.
52. Рожнова В. Е. Руководство по психотерапии / Ташкент: Медицина, 1979. С. 22.
53. Сафин М. Р. Проблема исследования комплаентности // NOVAUM.RU. 2019. № 21. С. 238-240.
54. Семке А. В., Даниленко О. А., Зинчук М. С. Реабилитация больных шизофренией и шизотипическим расстройством с истероформной симптоматикой // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 5 (80). С. 28-32.
55. Семке А. В., Даниленко О. А. Истероформная симптоматика в структуре расстройств шизофренического спектра // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 6 (63). С. 14-16.

56. Семке А. В., Микелев Ф. Ф., Корнетова Е. Г. Клинико-социальный характеристики пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 5 (80). С. 40-44.
57. Симкова К. С., Харькова О. А. Коммуникативные навыки врачей: обзор литературы // Инновационная наука. 2020. № 11. С. 178-180.
58. Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Московченко Д. В. Психологические факторы приверженности лечению у пациенток, страдающих раком молочной железы // Ремедиум. 2013. № 11. С. 12-18.
59. Соколова А. Ю., Сорокин Ю. И. Развитие коммуникативных навыков как залог эффективной коммуникации «врач – пациент» // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 8-й межд. научно-практ. конф. (Тверь, 9 апреля 2020 г.) Тверь, 2020. С. 212-216.
60. Соколов В. П. Адаптация больных шизофренией к заболеванию // Эколого-физиологические проблемы адаптации: материалы XVII всерос. симпозиума (Рязань, 23-26 мая 2017 г.). М.: Изд-во РУДН, 2017. С. 206-207.
61. Солондаев В. В., Сумеркина Д. В. Комплаенс в общении врач-больной // Медицинская психология в России. 2011. № 4.
62. Солохина Т. А. Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003. 44 с.

63. Складнева Р. А., Коротаева Н. В. Психологический портрет врача // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2014. № 41. С. 93-98.
64. Сорокоумова С. Н., Исаев В. П. Специфика профессиональной деятельности специалистов помогающих профессий // Педагогическое образование в России. 2013. № 4. С. 186-190.
65. Стрельникова А. Н. Зачем медицинской сестре самооценка // Медицинская сестра. 2000. № 1. С. 42-43.
66. Судиловская Н. Н., Хизматулина А. М. Синдром эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников // Международный журнал экспериментального образования. 2017. № 1. С. 125-127.
67. Сухова Е. Н. Уровни социальной идентичности врача: методологический аспект // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2012. № 3 (27). С. 85-89.
68. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984. 191 с.
69. Темникова Е. А., Нечаева Г. И. Приверженность к терапии пациентов старческого возраста, страдающих хронической сердечной недостаточностью // Сибирский медицинский журнал. 2012. № 27(1). С. 156-160.
70. Урываев В. А. Внутренняя картина лечения – анализ объяснительных возможностей конструкта // Клиническая психология в здравоохранении и образовании. 2011 № 2. С. 3-4.

71. Фахрудинова Э. Р., Чижова К. Е., Чижова М. Е. Междисциплинарное изучение модели врач-пациент // Омский научный вестник. 2014. № 2 (126). С. 162-166.
72. Филатова Ю. С. Эмоциональный интеллект как фактор формирования духовности в процессе профессионализации врача-терапевта // Социально-экономические и технические системы: исследование, проектирование, оптимизация. 2016. № 5 (72). С. 376-384.
73. Штрахова А. В., Арсланбекова Э. В. Мотивационный компонент внутренней картины болезни как фактор приверженности к терапии у больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой // Вестник Южно-Уральского государственного университета, Серия «Психология». 2011. № 29 С. 10-14.
74. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. New-York, WHO, 2003.
75. Adizova D. R., Ashurova N. G., Khalilova F. A., Djuraeva N. O. Rational approach to standard therapy// Central Asian Journal of Pediatrics. 2019. – V. 2 (2). P. 49-53.
76. Apker J. Communicating professional identity in medical socialization: considering the ideological discourse of morning report // Qualitative health research. 2004. № 14 (3). P. 411-429.
77. Belostotsky A. V., Kasaeva T. C., Kuzmina N. V., Nelidov N. V. Problem of treatment adherence in tuberculosis patients // Tuberculosis and Lung Diseases. 2015. V. 4. P. 4-9.
78. Bleakley A. Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking // Medical education. 2006. № 40. P. 150-157.

79. Buynevich I. V., Bondarenko V. N., Shilova O. V. Lichnostnyye osobennosti patsiyentov s tuberkulezom legkikh, nakhodyashchikhsya na palliativnom lechenii. Universitetskaya Nauka: Vzgl'yad v Budushcheye: Conference Prosideengs. Kursk: Kursk State Medical University, 2016. P. 209-212.
80. Byerly M., Fisher R., Rush A. J. Comparison of clinician vs electronic monitoring of antipsychotic adherence in schizophrenia. Presented at the 41st annual meeting of the American college of neuropsychopharmacology. Dec 10. 2002.
81. Dencker S. J., Liberman R. From compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1995. Vol. 9. Suppl. 5. P. 75-78.
82. DiMatteo M. R., Giodani P. J., Lepper Y. S., Croghan T. W. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis // *Med. Care.* 2002. V. 40 (9). P. 794-811.
83. DiMatteo M. R. Enhancing patient adherence to medical recommendations // *JAMA.* 1994. V. 271. P. 79-83.
84. Fagundez G., Perez-Freixo H., Eyene J., Momo J. C., Biyé L. Treatment Adherence of Tuberculosis Patients Attending Two Reference Units in Equatorial Guinea. *PLOS ONE.* 2016. V. 11 (9). P. 14-17.
85. Fenton W. S., Blyer C. R., Heinssen R. K. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings // *Schizophr. Bull.* 1998. Vol. 23. P. 215–219.
86. Fujimori M., Oba A., Koike M. Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news // *Journal of Cancer Education.* 2003. V. 18. P. 194-201.

87. Haslinda N., Hanafiah M. Systematic review of factors associated with medication adherence among pulmonary tuberculosis patients // *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*. 2017. V. 4(6). P. 31-45.
88. Hudson T. J., Owen R. R., Thrust C. R. A pilot study to barriers to medication adherence in schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry*. 2004. Vol. 65. № 2. P. 211-216.
89. Kurtalić S., Kurtalić N., Baraković F. Quality of life in patients with heart failure // *Acta Med. Croatica*. 2013. V. 67(1). P. 13-18.
90. Mann K. V. Theoretical perspectives in medical education: experience and future possibilities // *Medical education*. 2011. Vol. 45 (1). P. 60-68.
91. Masand P. S., Narasimhan M. Improving adherence to antipsychotic pharmacotherapy // *Cur. Clin. Pharmacol*. 2006. Vol. 1. P. 47-56.
92. Maslach C., Jackson S. E. *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986. 180 p.
93. Mordyk A. V., Udalova T. Yu., Bagisheva N. V., Gurova Ya.V., Rudenko S. A. Sovershenstvovaniye vedeniya patsiyentov s fibrozno-kavernoznym tuberkulozom legkikh na osnove rezul'tatov psikhologicheskogo issledovaniya // *Palliativnaya Meditsina i Reabilitatsiya*. 2016. V. (4). P. 40-45.
94. Mordyk A. V., Udalova T. Yu., Sitnikova S. V., Puzyreva L. V., Ledeneva T. N. Lichnost patsiyenta TB/HIV // *Dalnevostochny Meditsinsky Zhurnal*. 2016. V. 1. P. 50-53.
95. Ramirez A. J., Graham J. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work // *Lancet*. 1996. № 347. P. 12-18.

96. Safran D., Taira D. Linking primary care performance to outcomes of care // J Fam Pract. 1998. V. 47. P. 213-220.
97. Sherstneva T. V., Skornyakov S. N., Podgayeva V. A., Sherstnev S. V., Kosova A. A. Puti formirovaniya priverzhennosti lecheniya bol'nykh tuberkulezom // Uralsky Med. Zhurnal. 2015. V. (8). P. 112-116.
98. Stewart M. A. Effective physician–patient communication and health outcomes: a review // CMAJ. 1995. V. 152 (9). P. 1423-1433.
99. Streltsov V. V., Zolotova N. V., Baranova G. V., Akhtyamova A. A., Kharitonova N. Y., Vasilyeva I. A. Specific features of psychological care for patients with pulmonary tuberculosis during intensive chemotherapy (in the hospital setting) // Tuberculosis and Lung Diseases. 2014. V. (2). P. 22-27.
100. Urquhart J., Vrijens B. New findings about patient adherence to prescribed drug dosing regimens: an introduction to pharmionics // Eur. J. Hospital. Pharm. Sci. 2005. № 11(5). P. 103-106.
101. Wurie F. B., Cooper V., Horne R., Hayward A. C. Determinants of non-adherence to treatment for tuberculosis in high-income and middle-income settings: A systematic review protocol // British Medical Journal Open. 2018. V. 8.
102. Ziemer D. C., Miller C. D., Rhee M. K. Clinical inertia contributes to poor diabetes control in a primary care setting // Diabetes Educ. 2005. V. 31 (4). P. 564-571.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица 13

**Выявление гендерных различий в показателях комплаентности
пациентов с помощью t- критерия Стьюдента для независимых
выборок**

Критерий для независимых выборок										
		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий равенства средних						
		F	Знч.	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
									Нижняя граница	Верхняя граница
СК	Предполагается равенство дисперсий	,007	,936	-,885	88	,379	-1,035	1,170	-3,360	1,290
	Равенство дисперсий не предполагается			-,888	38,471	,380	-1,035	1,165	-3,393	1,323
ЭК	Предполагается равенство дисперсий	,106	,746	-,319	88	,750	-,301	,944	-2,176	1,574
	Равенство дисперсий не предполагается			-,314	37,163	,755	-,301	,959	-2,243	1,641
ПК	Предполагается равенство дисперсий	,533	,467	-,818	88	,415	-,898	1,097	-3,079	1,283
	Равенство дисперсий не предполагается			-,872	43,048	,388	-,898	1,030	-2,975	1,179
ОК	Предполагается равенство дисперсий	,677	,413	-,816	88	,417	-2,356	2,886	-8,091	3,380
	Равенство дисперсий не предполагается			-,793	36,386	,433	-2,356	2,969	-8,375	3,664

Таблица 14

**Установление связи показателей комплаентности пациентов с их
возрастом с помощью коэффициента корреляции К. Пирсона**

Корреляции					
		СК	ЭК	ПК	ОК
возраст	Корреляция Пирсона	,115	,121	,318**	,217*
	Знч.(2-сторон)	,282	,257	,002	,040
	N	90	90	90	90
** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).					
* . Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторон.).					

Таблица 15

Выявление гендерных различий в коммуникативном уровне пациентов с помощью t- критерия Стьюдента для независимых выборок

Критерий для независимых выборок										
		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий равенства средних						
		F	Знч.	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
									Нижняя граница	Верхняя граница
КУ1	Предполагается равенство дисперсий	,588	,445	1,039	88	,302	,04568	,04397	-,04169	,13306
	Равенство дисперсий не предполагается			,993	35,411	,327	,04568	,04600	-,04766	,13903

Таблица 16

Установление связи коммуникативного уровня пациентов с их возрастом с помощью коэффициента корреляции К. Пирсона

Корреляции		
		КУ1
возраст	Корреляция Пирсона	-,102
	Знч.(2-сторон)	,339
	N	90

Таблица 17

Выявление гендерных различий в выраженности типов отношения к болезни у пациентов с помощью t- критерия Стьюдента для независимых выборок

Критерий для независимых выборок										
		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий равенства средних						
		F	Знч.	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
									Нижняя граница	Верхняя граница
Г	Предполагается равенство дисперсий	,173	,679	,604	88	,548	2,807	4,649	-6,433	12,046
	Равенство дисперсий не			,612	39,202	,544	2,807	4,582	-6,461	12,074

	предполагается									
Р	Предполагается равенство дисперсий	2,818	,097	1,140	88	,258	4,938	4,332	-3,672	13,548
	Равенство дисперсий не предполагается			1,216	43,199	,230	4,938	4,060	-3,248	13,123
З	Предполагается равенство дисперсий	4,991	,028	1,725	87	,088	5,718	3,314	-,869	12,305
	Равенство дисперсий не предполагается			1,483	30,517	,148	5,718	3,857	-2,153	13,589
Т	Предполагается равенство дисперсий	,019	,891	-,656	88	,514	-1,568	2,390	-6,318	3,182
	Равенство дисперсий не предполагается			-,638	36,413	,528	-1,568	2,458	-6,551	3,415
И	Предполагается равенство дисперсий	,360	,550	-,425	88	,672	-,861	2,029	-4,892	3,170
	Равенство дисперсий не предполагается			-,394	33,835	,696	-,861	2,186	-5,304	3,582
Н	Предполагается равенство дисперсий	,381	,539	-	88	,079	-3,101	1,743	-6,565	,363
	Равенство дисперсий не предполагается			-	45,068	,059	-3,101	1,600	-6,324	,122
М	Предполагается равенство дисперсий	,093	,761	-	88	,301	-1,850	1,778	-5,383	1,683
	Равенство дисперсий не предполагается			-	46,396	,256	-1,850	1,610	-5,090	1,390
А	Предполагается равенство дисперсий	,172	,679	-	88	,176	-2,268	1,661	-5,569	1,033
	Равенство дисперсий не предполагается			-	50,204	,125	-2,268	1,452	-5,185	,649
С	Предполагается равенство дисперсий	,003	,953	-	88	,095	-3,962	2,348	-8,627	,704
	Равенство дисперсий не предполагается			-	38,699	,097	-3,962	2,330	-8,676	,753
Э	Предполагается равенство дисперсий	1,771	,187	-,328	88	,744	-,506	1,545	-3,577	2,565
	Равенство дисперсий не предполагается			-,289	31,501	,775	-,506	1,752	-4,077	3,065
П	Предполагается равенство дисперсий	,884	,350	,431	88	,667	,655	1,520	-2,366	3,677
	Равенство дисперсий не предполагается			,397	33,429	,694	,655	1,652	-2,704	4,014
Д	Предполагается равенство дисперсий	,080	,777	-,352	88	,726	-,566	1,608	-3,762	2,630
	Равенство дисперсий не предполагается			-,367	41,226	,716	-,566	1,543	-3,682	2,550

Таблица 18

**Установление связи типов отношения к болезни пациентов с их
возрастом с помощью коэффициента корреляции К. Пирсона**

Корреляции													
		Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
возраст	Корреляция Пирсона	,169	- ,038	- ,054	- ,039	,066	- ,170	- ,158	- ,135	,110	,256*	,091	- ,185
	Знч.(2- сторон)	,110	,723	,613	,716	,536	,109	,136	,204	,300	,015	,392	,082
	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 19

**Выявление гендерных различий в уровне удовлетворённости врачом у
пациентов с помощью t- критерия Стьюдента для независимых
выборок**

Критерий для независимых выборок										
		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий равенства средних						
		F	Знч.	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
									Нижняя граница	Верхняя граница
УВ	Предполагается равенство дисперсий	14,180	,000	- 2,080	88	,040	-1,185	,089	-0,362	-0,008
	Равенство дисперсий не предполагается			- 1,746	29,616	,091	-1,185	,106	-0,401	,031

Таблица 20

**Установление связи типов отношения к болезни пациентов с их
возрастом с помощью коэффициента корреляции Ч. Спирмена**

Корреляции			
			УВ
ро Спирмена	возраст	Коэффициент корреляции	,257*
		Знч. (2-сторон)	,015
		N	90
*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).			

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Таблица 21

Установление связи между шкалами комплаентности пациентов, коммуникативным уровнем и эмоциональным интеллектом врача с помощью коэффициента корреляции К. Пирсона

		Корреляции			
		СК	ЭК	ПК	ОК
КУ2	Корреляция Пирсона	-,281**	-,326**	-,275**	-,293**
	Знч.(2-сторон)	,007	,002	,009	,005
	N	90	90	90	90
ЭО	Корреляция Пирсона	,084	,100	,096	,075
	Знч.(2-сторон)	,431	,347	,370	,481
	N	90	90	90	90
УЭ	Корреляция Пирсона	,278**	,331**	,276**	,291**
	Знч.(2-сторон)	,008	,001	,008	,005
	N	90	90	90	90
СМ	Корреляция Пирсона	,253*	,275**	,262*	,258*
	Знч.(2-сторон)	,016	,009	,013	,014
	N	90	90	90	90
ЭМ	Корреляция Пирсона	,245*	,275**	,229*	,240*
	Знч.(2-сторон)	,020	,009	,030	,023
	N	90	90	90	90
РЭ	Корреляция Пирсона	,214*	,274**	,254*	,245*
	Знч.(2-сторон)	,043	,009	,016	,020
	N	90	90	90	90
**. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).					
*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторон.).					

Таблица 22

Установление связи между выраженностью типов отношения к болезни у пациентов и показателями эмоционального выгорания врачей с помощью коэффициента корреляции К. Пирсона

		ЭИ	ДП	РПД
Г	Корреляция Пирсона	,069	,025	,015
	Знч.(2-сторон)	,518	,814	,887
	N	90	90	90
Р	Корреляция Пирсона	,049	-,018	,017
	Знч.(2-сторон)	,647	,867	,870
	N	90	90	90
З	Корреляция Пирсона	-,134	-,182	,147
	Знч.(2-сторон)	,211	,088	,171
	N	89	89	89
Т	Корреляция Пирсона	,100	,182	-,050
	Знч.(2-сторон)	,350	,086	,640
	N	90	90	90
И	Корреляция Пирсона	,127	,184	-,044

	Знч.(2-сторон)	,233	,082	,677
	N	90	90	90
Н	Корреляция Пирсона	,084	,256*	-,177
	Знч.(2-сторон)	,432	,015	,095
	N	90	90	90
М	Корреляция Пирсона	,032	,100	-,111
	Знч.(2-сторон)	,768	,349	,297
	N	90	90	90
А	Корреляция Пирсона	,047	,103	-,101
	Знч.(2-сторон)	,658	,336	,344
	N	90	90	90
С	Корреляция Пирсона	,211*	,246*	-,091
	Знч.(2-сторон)	,046	,019	,395
	N	90	90	90
Э	Корреляция Пирсона	,112	,105	-,218*
	Знч.(2-сторон)	,292	,326	,039
	N	90	90	90
П	Корреляция Пирсона	,055	,094	-,118
	Знч.(2-сторон)	,608	,379	,267
	N	90	90	90
Д	Корреляция Пирсона	,100	,138	-,106
	Знч.(2-сторон)	,347	,196	,318
	N	90	90	90

Таблица 23

**Установление связи между выраженностью типов отношения к
болезни у пациентов, коммуникативным уровнем и эмоциональным
интеллектом врачей с помощью коэффициента корреляции**

К. Пирсона

		КУ2	ЭО	УЭ	СМ	ЭМ	РЭ
Г	Корреляция Пирсона	,277**	-,363**	-,279**	-,292**	-,298**	-,333**
	Знч.(2-сторон)	,008	,000	,008	,005	,004	,001
	N	90	90	90	90	90	90
Р	Корреляция Пирсона	,117	-,192	-,135	-,134	-,138	-,179
	Знч.(2-сторон)	,271	,070	,204	,209	,196	,092
	N	90	90	90	90	90	90
З	Корреляция Пирсона	,214*	-,354**	-,167	-,293**	-,197	-,330**
	Знч.(2-сторон)	,044	,001	,117	,005	,064	,002
	N	89	89	89	89	89	89
Т	Корреляция Пирсона	-,190	,305**	,200	,251*	,210*	,297**
	Знч.(2-сторон)	,073	,003	,058	,017	,047	,004
	N	90	90	90	90	90	90
И	Корреляция Пирсона	-,146	,146	,158	,206	,169	,132
	Знч.(2-сторон)	,170	,120	,138	,052	,111	,128
	N	90	90	90	90	90	90
Н	Корреляция Пирсона	-,051	,062	,058	,146	,061	,247*

	Знч.(2-сторон)	,634	,113	,586	,171	,565	,019
	N	90	90	90	90	90	90
М	Корреляция Пирсона	-,217*	,385**	,217*	,279**	,247*	,326**
	Знч.(2-сторон)	,040	,000	,040	,008	,019	,002
	N	90	90	90	90	90	90
А	Корреляция Пирсона	-,211*	,369**	,213*	,272**	,244*	,309**
	Знч.(2-сторон)	,046	,000	,044	,009	,020	,003
	N	90	90	90	90	90	90
С	Корреляция Пирсона	,155	-,137	-,182	-,100	-,195	-,094
	Знч.(2-сторон)	,144	,196	,086	,348	,066	,378
	N	90	90	90	90	90	90
Э	Корреляция Пирсона	-,069	,013	,005	,141	,051	,147
	Знч.(2-сторон)	,518	,144	,962	,185	,634	,167
	N	90	90	90	90	90	90
П	Корреляция Пирсона	,038	,033	-,067	,001	-,061	,029
	Знч.(2-сторон)	,725	,760	,529	,991	,569	,790
	N	90	90	90	90	90	90
Д	Корреляция Пирсона	-,048	,140	,028	,102	,043	,124
	Знч.(2-сторон)	,652	,187	,792	,340	,689	,245
	N	90	90	90	90	90	90

Таблица 24

Установление связи между показателем удовлетворённости врачом у пациентов и показателями эмоционального интеллекта врачей с помощью коэффициента корреляции К. Пирсона

		Корреляции				
		ЭО	УЭ	СМ	ЭМ	РЭ
УВ	Корреляция Пирсона	,121	,286**	,270**	,260*	,232*
	Знч.(2-сторон)	,256	,006	,010	,013	,028
	N	90	90	90	90	90
** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).						
* . Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторон.).						

Таблица 25

Установление связи между показателем удовлетворённости врачом у пациентов и коммуникативным уровнем врачей с помощью коэффициента корреляции К. Пирсона

		Корреляции
		КУ2
УВ	Корреляция Пирсона	-,287**
	Знч.(2-сторон)	,006
	N	90
** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).		

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Таблица 26

**Выявление различий в коммуникативном уровне врачей и пациентов
с помощью t-критерия Стьюдента для парных выборок**

Критерий парных выборок									
		Парные разности				t	ст.св.	Значимость (2- сторонняя)	
		Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего	95% доверительный интервал разности средних				
					Нижняя граница				Верхняя граница
Пара 1	КУ1 - КУ2	,06889	,19160	,02020	,02876	,10902	3,411	89	,001

Таблица 27

**Установление связи между шкалами комплаентности пациентов и
коммуникативным уровнем врача в 1 группе с помощью
коэффициента корреляции К. Пирсона**

Корреляции						
		КУ 1	СК 1	ЭК 1	ПК 1	ОК 1
КУ_1	Корреляция Пирсона	1	-,259	-,334*	-,389**	-,322*
	Знч.(2-сторон)		,054	,012	,003	,015
	N	56	56	56	56	56
СК_1	Корреляция Пирсона	-,259	1	,518**	,563**	,796**
	Знч.(2-сторон)	,054		,000	,000	,000
	N	56	56	56	56	56
ЭК_1	Корреляция Пирсона	-,334*	,518**	1	,679**	,843**
	Знч.(2-сторон)	,012	,000		,000	,000
	N	56	56	56	56	56
ПК_1	Корреляция Пирсона	-,389**	,563**	,679**	1	,847**
	Знч.(2-сторон)	,003	,000	,000		,000
	N	56	56	56	56	56
ОК_1	Корреляция Пирсона	-,322*	,796**	,843**	,847**	1
	Знч.(2-сторон)	,015	,000	,000	,000	
	N	56	56	56	56	56

*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторон.).
**. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).

Таблица 28

**Установление связи между выраженностью типов отношения к
болезни у пациентов и коммуникативным уровнем врача в 1 группе с
помощью коэффициента корреляции К. Пирсона**

Корреляции														
		КУ 1	Г 1	Р 1	З 1	Т 1	И 1	Н 1	М 1	А 1	С 1	Э 1	П 1	Д 1
КУ_1	Корреляция Пирсона	1	,187	,210	,204	-,170	- ,360**	-,179	-,223	- ,327**	,103	-,145	-,074	-,095
	Знч.(2- сторон)		,168	,121	,136	,211	,003	,187	,098	,008	,450	,285	,587	,485

	N	56	56	56	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56			
Г_1	Корреляция Пирсона	,187	1	,458**	,328*	-	,274*	-,073	-	-,368**	-,321*	-,397**	,089	-,089	-,084	-	-,268*
	Знч.(2-сторон)	,168		,000	,014	,041	,591	,005	,016	,002	,516	,515	,540	,046			
	N	56	56	56	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
Р_1	Корреляция Пирсона	,210	,458**	1	,265	-	,408**	-,263	-	-,278*	-,309*	-,263	,228	-	-,292*	-,055	-,055
	Знч.(2-сторон)	,121	,000		,051	,002	,050	,038	,020	,050	,091	,029	,688	,686			
	N	56	56	56	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
З_1	Корреляция Пирсона	,204	,328*	,265	1	-	,498**	-,446**	-,440**	-,502**	-,256	-,381**	-,335*	-	-,474**		
	Знч.(2-сторон)	,136	,014	,051		,000	,000	,001	,001	,000	,059	,004	,013	,000			
	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
Т_1	Корреляция Пирсона	-,170	-	-,274*	-,408**	-,462**	1	,496**	,344**	,236	,135	,161	,359**	,113	,139		
	Знч.(2-сторон)	,211	,041	,002	,000			,000	,009	,080	,322	,236	,007	,407	,308		
	N	56	56	56	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
И_1	Корреляция Пирсона	-,260	-,073	-,263	-	,498**	1	,375**	,455**	,297*	,197	,522**	,091	,137			
	Знч.(2-сторон)	,053	,591	,050	,000	,000		,004	,000	,026	,145	,000	,506	,315			
	N	56	56	56	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
Н_1	Корреляция Пирсона	-,179	-	-,368**	-,278*	-,446**	,344**	,375**	1	,556**	,535**	,162	,483**	,413**	,408**		
	Знч.(2-сторон)	,187	,005	,038	,001	,009	,004			,000	,000	,233	,000	,002	,002		
	N	56	56	56	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
М_1	Корреляция Пирсона	-,223	-	-,321*	-,309*	-,440**	,236	,455**	,556**	1	,810**	-	,440**	,160	,245		
	Знч.(2-сторон)	,098	,016	,020	,001	,080	,000	,000			,000	,677	,001	,239	,069		
	N	56	56	56	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
А_1	Корреляция Пирсона	-,227	-	-,397**	-,263	-,502**	,135	,297*	,535**	,810**	1	,102	,243	,223	,306*		
	Знч.(2-сторон)	,092	,002	,050	,000	,322	,026	,000	,000			,453	,071	,098	,022		
	N	56	56	56	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
С_1	Корреляция Пирсона	,103	,089	,228	-,256	,161	,197	,162	-,057	,102	1	,084	,067	,031			
	Знч.(2-сторон)	,450	,516	,091	,059	,236	,145	,233	,677	,453		,540	,623	,819			
	N	56	56	56	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
Э_1	Корреляция Пирсона	-,145	-,089	-	-,292*	-,381**	,359**	,522**	,483**	,440**	,243	,084	1	,380**	,111		
	Знч.(2-сторон)	,285	,515	,029	,004	,007	,000	,000	,001	,071	,540		,004	,417			
	N	56	56	56	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
П_1	Корреляция Пирсона	-,074	-,084	-,055	-	,335*	,113	,091	,413**	,160	,223	,067	,380**	1	,719**		
	Знч.(2-сторон)	,587	,540	,688	,013	,407	,506	,002	,239	,098	,623	,004		,000			
	N	56	56	56	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
Д_1	Корреляция Пирсона	-,095	-	-,055	-	,474**	,139	,137	,408**	,245	,306*	,031	,111	,719**	1		
	Знч.(2-сторон)	,485	,046	,686	,000	,308	,315	,002	,069	,022	,819	,417	,000				
	N	56	56	56	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56

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

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

Таблица 29

Установление связи между шкалами комплаентности пациентов и коммуникативным уровнем врача во 2 группе с помощью коэффициента корреляции К. Пирсона

Корреляции

		КУ 2	СК 2	ЭК 2	ПК 2	ОК 2
КУ_2	Корреляция Пирсона	1	-,258	-,244	-,048	-,185
	Знч.(2-сторон)		,141	,165	,787	,295
	N	34	34	34	34	34
СК_2	Корреляция Пирсона	-,258	1	,556**	,498**	,845**
	Знч.(2-сторон)	,141		,001	,003	,000
	N	34	34	34	34	34
ЭК_2	Корреляция Пирсона	-,244	,556**	1	,646**	,828**
	Знч.(2-сторон)	,165	,001		,000	,000
	N	34	34	34	34	34
ПК_2	Корреляция Пирсона	-,048	,498**	,646**	1	,825**
	Знч.(2-сторон)	,787	,003	,000		,000
	N	34	34	34	34	34
ОК_2	Корреляция Пирсона	-,185	,845**	,828**	,825**	1
	Знч.(2-сторон)	,295	,000	,000	,000	
	N	34	34	34	34	34

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

Таблица 30

**Установление связи между выраженностью типов отношения к
болезни у пациентов и коммуникативным уровнем врача во 2 группе с
помощью коэффициента корреляции К. Пирсона**

		Корреляции												
		КУ 2	Г 2	Р 2	З 2	Т 2	И 2	Н 2	М 2	А 2	С 2	Э 2	П 2	Д 2
КУ_2	Корреляция Пирсона	1	,370*	,017	,239	-,247	-,049	,004	-,231	-,197	,205	-,046	,121	-,039
	Знч.(2-сторон)		,031	,925	,174	,159	,782	,984	,189	,265	,245	,797	,495	,826
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Г_2	Корреляция Пирсона	,370*	1	,576**	,570**	-,329	,423*	-,250	,548**	,506**	,294	-,258	-,270	-,390*
	Знч.(2-сторон)	,031		,000	,000	,057	,013	,153	,001	,002	,092	,141	,122	,022
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Р_2	Корреляция Пирсона	,017	,576**	1	,421*	-,411*	-,338	-,126	,454**	,390*	,105	-,279	-,084	-,096
	Знч.(2-сторон)	,925	,000		,013	,016	,051	,476	,007	,023	,553	,110	,637	,589
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
З_2	Корреляция Пирсона	,239	,570**	,421*	1	-,469**	,366*	-,323	,377*	,391*	,200	-,341*	-,294	-,175
	Знч.(2-сторон)	,174	,000	,013		,005	,033	,063	,028	,022	,257	,048	,091	,322
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Т_2	Корреляция Пирсона	-,247	-,329	-,411*	-,469**	1	,504**	,476**	,344*	,299	,252	,399*	,164	,170
	Знч.(2-сторон)	,159	,057	,016	,005		,002	,004	,047	,086	,150	,020	,354	,335
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
И_2	Корреляция Пирсона	-,049	-,423*	-,338	-,366*	,504**	1	,329	,753**	,750**	,061	,638**	,256	,238
	Знч.(2-сторон)	,782	,013	,051	,033	,002		,057	,000	,000	,731	,000	,144	,175
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Н_2	Корреляция Пирсона	,004	-,250	-,126	-,323	,476**	,329	1	,199	,292	,248	,225	,233	,613**
	Знч.(2-сторон)	,984	,153	,476	,063	,004	,057		,259	,094	,157	,202	,184	,000
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
М_2	Корреляция Пирсона	-,231	-,548**	-,454**	-,377*	,344*	,753**	,199	1	,853**	-,197	,501**	,128	,130
	Знч.(2-сторон)	,189	,001	,007	,028	,047	,000	,259		,000	,264	,003	,472	,464
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
А 2	Корреляция	-,197	-	-	-	,299	,750**	,292	,853**	1	-	,444**	,284	,269

	Пирсона		,506**	,390*	,391*						,190			
	Знч.(2-сторон)	,265	,002	,023	,022	,086	,000	,094	,000		,282	,009	,104	,124
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
С_2	Корреляция Пирсона	,205	,294	,105	-,200	,252	,061	,248	-,197	-,190	1	,124	,030	,015
	Знч.(2-сторон)	,245	,092	,553	,257	,150	,731	,157	,264	,282		,485	,867	,932
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Э_2	Корреляция Пирсона	-,046	-,258	-,279	-,341*	,399*	,638**	,225	,501**	,444**	,124	1	,295	,020
	Знч.(2-сторон)	,797	,141	,110	,048	,020	,000	,202	,003	,009	,485		,091	,911
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
П_2	Корреляция Пирсона	,121	-,270	-,084	-,294	,164	,256	,233	,128	,284	,030	,295	1	,541**
	Знч.(2-сторон)	,495	,122	,637	,091	,354	,144	,184	,472	,104	,867	,091		,001
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Д_2	Корреляция Пирсона	-,039	-,390*	-,096	-,175	,170	,238	,613**	,130	,269	,015	,020	,541**	1
	Знч.(2-сторон)	,826	,022	,589	,322	,335	,175	,000	,464	,124	,932	,911	,001	
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторон.).														
**. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторон.).														