# ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НЕВЫПОЛНЕНИЕ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ: МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ФОКУСИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ

О.Н. Семенова, Е.А. Наумова\*, Ю.Г. Шварц

Саратовский Государственный Медицинский Университет им. В.И. Разумовского 410054, Саратов, ул. Большая Казачья, 112

**Цель.** Изучить субъективное мнение пациентов и врачей об их индивидуальном опыте приверженности лечению хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы с помощью проведения группового фокусированного интервью пациентов и их лечащих врачей. На основании полученных данных сформулировать гипотезы о возможных взаимосвязях в модели отношений врач-пациент.

Материал и методы. Проанализировано 3 группы пациентов клинических исследований, соблюдающих рекомендации врача (фокус-группа №1) и 3 группы пациентов, госпитализированных по поводу сердечно-сосудистого события, не соблюдающих рекомендации после выписки (фокус-группа №2), и одна фокус-группа врачей. Проводилась групповая беседа под руководством модератора (опытного социолога, без медицинского образования, не знакомого с пациентами и врачами). Результаты. Участвовало 47 пациентов: 25 (53,2%) мужчин и 22 (46,8%) женщины, и 6 врачей. В сознании всех пациентов присутствует патерналистская модель общения с врачами, но пациентов первой группы это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов второй группы недостаток помощи в поликлинике проявляется в «обиде» на недооценку их доверия и приводит к отказу от лечения. Врачи интуитивно делят пациентов на менее и более им «симпатичных», и это деление, с одной стороны, может иметь некоторую предсказательную ценность в отношении приверженности пациентов дальнейшему лечению, а с другой – предубеждение врача в отношении пациента может влиять на негативное поведение пациентов и невыполнение ими рекомендаций в дальнейшем. Заключение. Выраженный патернализм со стороны пациента, с одной стороны, повышает ответственность врача за своего больного, а с другой – расширяет возможности для его влияния на поведение пациентов.

**Ключевые слова:** приверженность, комплаенс, невыполнение врачебных рекомендаций, сердечно-сосудистые заболевания, фокусированное интервью, фокус-группы, взаимоотношения врача и пациента.

Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2014;10(1):55-61

# Adherence to long-term treatment of cardiovascular disease and non-compliance with medical recommendations: the opinion of patients and physicians by the results of focused interview

O.N. Semenova, E.A. Naumova\*, Y.G. Schwartz

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky. Bolshaya Kazachya ul. 112, Saratov, 410012 Russia

Aim. To study the subjective opinion of patients and doctors about their individual experiences with adherence to treatment for chronic cardiovascular diseases in the group focused interview of patients and their physicians.

Material and methods. 3 groups of patients from clinical studies adhering to the doctor's recommendations (focus-group 1) and 3 groups of patients hospitalized for cardio-vascular events, not adhering to recommendations after discharge (focus-group 2) and one focus-group of doctors were analyzed. Group discussion was performed by a moderator (experienced sociologist, with no medical training who was not familiar with the patients and physicians).

**Results.** 47 patients (25 (53.2 %) men and 22 (46.8%) women) and 6 doctors participated in the study. Paternalistic model of communication with doctors present in the minds of all patients. In patients of the first group this results in a full confidence in the doctor and compliance with all recommendations while in patients of the second group lack of care in the outpatient clinic makes them "offended" by the underestimation of their trust and causes non-compliance. Physicians intuitively divide patients into less and more "attractive" for themselves. This "division" on the one hand may have some predictive value in respect of patients' adherence to a further treatment, and on the other hand, the "doctors' prejudice" in relation to the patient may adversely effect the behavior of the patients and failure to follow the recommendations in the future.

**Conclusion.** The significant paternalism on the part of the patient on the one hand increases the responsibility of the physician for his patient, and on the other hand – increases opportunities for his influence on the patients' behavior.

**Key words:** adherence, compliance, non-compliance with medical recommendations, cardiovascular disease, focused interview, focus-group, relationship between the doctor and patient.

Ration Pharmacother Cardiol 2014;10(1):55-61

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): Naumova-L@yandex.ru

Несоблюдение пациентами врачебных рекомендаций может приводить к серьезным медицинским последствиям [1-5], а взаимоотношения между врачом и больным являются одним из ведущих факторов, определяющих эффективность лечения [1,6]. Несмот-

Сведения об авторах:

**Семенова Ольга Николаевна** – аспирант кафедры факультетской терапии лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского

**Наумова Елизавета Александровна** – д.м.н, профессор той же кафедры

**Шварц Юрий Григорьевич** – д.м.н., профессор, заведующий той же кафедрой

ря на обилие работ, посвященных приверженности пациентов к длительной терапии, этот вопрос требует дальнейшего изучения [3,5,7-9]. Более того, современные методы его изучения (опросы, анкетирования, интервью) не всегда позволяют выявить ведущие причины поведения пациентов и их врачей [1,3]. Фокус-группа относительно новый, качественный метод социальнопсихологических исследований, позволяющий провести гибкий анализ причинно-следственных связей с более подробным объяснением исследуемых факторов. Это особая форма группового интервью, интеллектуальные усилия участников которого сконцентрированы ведущим (модератором группы) на определенной теме с целью ответа на поставленный вопрос/задачу [10,11]. Групповая дискуссия способствует активизации ассоциативных связей в сознании участников и проявлению в беседе неосознанных установок, которые становятся осознанными в процессе общения респондентов с модератором и друг с другом [10,11]. Фокусированное интервью существенно отличается от обычного опроса пациентов. При правильном проведении фокусированное интервью группы лиц, побывавших в одной и той же ситуации, позволяет экспериментатору подойти к правдоподобным гипотезам о связях между поведением испытуемых в изучаемой ситуации, индивидуальными особенностями испытуемых и влиянием внешних воздействий [10,11]. Метод фокус-групп был разработан для выявления скрытых и/или неосознанных самими субъектами исследования мотивов в их поведении в определенных ситуациях на малом числе испытуемых. Например, проводится какая-либо рекламная или агитационная акция, в результате которой часть людей делает один выбор, а часть – другой, после чего формируются фокус-группы из людей, поступивших аналогичным образом, и выясняются причины, по которым они сделали тот или иной выбор. Полученные результаты могут непосредственно использоваться в практической деятельности, а могут служить материалом для проведения на их основании классических широкомасштабных исследований. Данный метод широко используется в социологии, политологии и прикладной психологии, но не является общепринятым именно в медицинских исследованиях. Однако все вышеперечисленные достоинства метода позволяют использовать данный подход для исследования проблемы приверженности лечению, в том числе – взаимоотношений врача и пациента.

Цель исследования: изучение субъективного мнения пациентов и врачей об их индивидуальном опыте приверженности лечению хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы с помощью проведения группового фокусированного интервью пациентов и их лечащих врачей, и формулирование гипотез о возможных взаимосвязях в модели отношений врач-пациент на основании полученных данных.

### Материал и методы

В пилотное исследование, проведенное в 2012 г., включались пациенты с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы и их лечащие врачи. Все участники добровольно согласились на интервью и подписали информированное согласие. Проведение исследования было одобрено комитетом по этике СГМУ.

Поскольку одной фокус-группы никогда не бывает достаточно для обоснованных выводов, то, как правило, формируются 3-4 фокус-группы (по 7-12 человек каждая) с изучаемой категорией лиц по одному сце-

нарию [10,11]. Большая численность участников для проведения данного исследования не требуется [10,11]. Успешность группового интервью определяют максимально однородный состав изучаемой группы и профессионализм модератора [10,11]. В нашем исследовании были проведены собеседования с двумя различными категориями пациентов. Первая категория – пациенты (n=26), участвующие в различных клинических исследованиях (КИ) сердечно-сосудистых заболеваний, проводимых в различных центрах г. Саратова, тщательно соблюдающие все рекомендации врача (фокус-группа №1 или «участники КИ»). Соответственно, данные пациенты в рамках того или иного КИ получали исследуемый препарат бесплатно, а все остальные препараты приобретали за свой счет. Информация о том, в каком именно исследовании участвует пациент и какой именно препарат он получает, в данном исследовании не собиралась в связи с ее конфиденциальностью. По просьбе организаторов исследования эти пациенты были отобраны и приглашены своими врачами-исследователями различных клинических центров г. Саратова. Выбор данной категории пациентов был неслучайным: именно в рамках КИ пациенты часто общаются с врачами, что позволяет врачу быть уверенным в поведении пациента, в том числе и в отношении регулярности терапии. Согласно требованиям метода фокус-групп, последовательно были проведены беседы в трех подгруппах, по 7-10 человек каждая. В каждой подгруппе в равной мере были представлены пациенты различных врачей. Беседы проводились на протяжении трех дней. В какой из подгрупп будет участвовать пациент, определялось только его возможностью посетить клинику в один из предложенных дней. Вторая категория – пациенты (n=21) с неоднократным опытом госпитализации по поводу сердечно-сосудистого события, госпитализированные вновь, не соблюдающие рекомендации на амбулаторном этапе лечения (фокус-группа №2 или пациенты стационара, не принимающие рекомендованные лекарственные препараты на амбулаторном этапе). Все они были отобраны и приглашены для беседы своими лечащими врачами стационара из числа пациентов, находящихся на момент проведения исследования на стационарном лечении в отделении кардиологии Клинической больницы медицинского университета. Подгруппы формировались по мере поступления пациентов в стационар.

С врачами, терапевтами и кардиологами, работающими в указанном стационаре, и в ряде случаев являвшихся врачами-исследователями в некоторых КИ нашего центра, была проведена только одна беседа. Это снижает достоверность полученной от исследуемых врачей информации, однако на фоне отсутствия аналогичных исследований, невозможности увеличить чис-

ло проведенных бесед и характера самого метода, не требующего, в отличие от опроса, большого числа участников, полученные данные мы считаем достаточными для обсуждения в рамках пилотного исследования. Все беседы проходили под руководством модератора (опытного и квалифицированного социолога, без медицинского образования, не знакомого с пациентами и врачами, с многолетним профессиональным опытом проведения фокус-групп). Длительность беседы составляла около 1,5 часов. Мероприятия фиксировались видеокамерой и диктофоном. Задаваемые вопросы касались таких характеристик, как отношение пациентов и врачей к здоровью, болезни, процессу лечения, их взаимоотношений друг с другом, причинам выполнения/невыполнения врачебных рекомендаций (прием препаратов, диета). Все вопросы задавались в открытой форме. Врач-исследователь, имеющий многолетний опыт работы с проблемой приверженности пациентов лечению, наблюдал on-line трансляцию беседы, и с помощью письменных текстовых сообщений, передаваемых через ассистента, задавал дополнительные вопросы и давал комментарии модератору. Ход беседы в дальнейшем был застенографирован. Результаты беседы совместно обсуждались врачами-исследователями и социологом. В соответствии с методикой проведения фокус-групп по ходу беседы участники должны были прийти к единому мнению по исследуемой проблеме и сформулировать определенные взаимосвязи между своим поведением, личностью врача и другими возможными внешними факторами. Именно это общее мнение и приводится в описании результатов данного пилотного исследования, в связи с чем статистические методы анализа полученной информации не использовались, как непредусмотренные характером исследования. Сопоставление групп по клиническим ха-

рактеристикам проводилось с использованием метода ANOVA и критерия Фишера.

## Результаты

В данном разделе, согласно методике проведения фокусированного интервью, приводится описание общего мнения пациентов и их врачей, а также мнение модератора исследования и врачей-исследователей.

Стоит отметить, что пациенты фокус-группы №1 (участники КИ) охотно соглашались на участие в исследовании (отказались от участия только двое, по причине невозможности посетить центр в день проведения исследования). Пациенты фокус-группы №2 (пациенты стационара, не принимающие препараты на амбулаторном этапе) в основном соглашались крайне неохотно: из 49 пациентов, которым было предложено участие в исследовании, согласились только 21.

Всего в исследовании приняло участие 47 пациентов (табл. 1). По основным клиническим параметрам, за исключением перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), фокус-группы были сопоставимы между собой. В фокус-группе №1 пациентов с ИМ в анамнезе было значимо больше (р=0,0001), а так как пациенты отбирались в группы на основании выполнения/невыполнения врачебных рекомендаций, то скорригировать группы по данному параметру не представлялось возможным. Перенесенный ИМ по данным большинства исследователей ассоциируется с более высокой приверженностью лечению [1,2], поэтому, возможно, такое распределение пациентов и известная несопоставимость групп вполне закономерны. Более того, поскольку сам метод фокус-групп и направлен на поиск характеристик, которые обуславливают поведение испытуемого, клинические различия между людьми, поступающими по-разному, можно рассматривать имен-

Таблица 1. Общая характеристика участников исследования

Параметр	Фокус-группа №1 (n=26)	Фокус-группа №2 (n=21)
Мужчины, n (%)	17 (36,2)	8 (17)
Женщины, n (%)	9 (19,1)	13 (27,7)
Возраст		
Мужчины < 60 лет, женщины < 55 лет, n (%)	2 (4,2)	5 (10,6)
Мужчины ≥ 60 лет, женщины ≥ 55 лет, n (%)	24 (51,1)	16 (34,1)
Заболевания		
Артериальная гипертония, n (%)	25 (53,2)	19 (40,4)
Ишемическая болезнь сердца, n (%)	25 (53,2)	20 (42,6)
в т.ч. инфаркт миокарда в анамнезе, n (%)	22 (46,8)*	6 (12,8)
Хроническая сердечная недостаточность, n (%)	23 (48,9)	19 (40,4)
Перенесенный инсульт, n (%)	3 (6,4)	4 (85,1)
Фибрилляция предсердий, n (%)	5 (10,6)	8 (17)
Ожирение, n (%)	12 (25,5)	5 (10,6)
Сахарный диабет, п (%)	9 (19,1)	5 (10,6)
*p<0,05 по сравнению с аналогичным показателем противоположной группы		

Таблица 2. Характеристика врачей (n=6)

Параметр	N (%)
Женщины (медиана возраста 31,5 лет)	6 (100)
Состоят в браке	6 (100)
Есть дети	5 (83,3)
Стаж работы >5 лет	5 (83,3)
Участвуют в клинических исследованиях	6 (100)

но как характеристики, обуславливающие поведение пациента.

Врачи неохотно соглашались на участие в данном исследовании: из 20 терапевтов и кардиологов Клинической больницы, которым было предложено участие в исследовании, дали свое согласие только 6 (табл. 2). Необходимо отметить, что отрицательное отношение врачей к исследованию и невозможность расширить число участников – это тоже результат исследования, хотя и негативный.

Пациенты фокус-группы №1 (участники КИ) полагают, что болезнь – это «судьба» или «катастрофа». Первое сердечно-сосудистое событие воспринималось ими как «случайность», только повторная катастрофа заставила их осознать серьезность своего заболевания и лечиться на постоянной основе, и теперь для них болезнь – это «образ жизни». Информация о заболевании важна для них, но только в том объеме, который позволяет им адекватно реагировать на изменения своего самочувствия и комфортно себя чувствовать («какие таблетки выпить, кому позвонить в экстренной ситуации»). Больше знать (о сути заболевания, вариантах лечения) они действительно не хотят. Для пациентов этой группы сотрудничество с врачом – главное в процессе их лечения, но они воспринимают его как полное, абсолютное доверие к врачу, и, соответственно, в процессе принятия медицинского решения они полагаются на мнение врача как определяющее. Участие в КИ для них – это постоянный контроль, внимание со стороны лечащего врача, «надежда на лучшее», полное доверие не только к врачам, но и к препаратам, которые они назначают. Врачи клиники для них – это профессионалы, и улучшение самочувствия по мере лечения - это закономерность, подчеркивающая и квалификацию врача, и «правильность» доверия к нему со стороны пациента, и необходимость дальнейшего лечения. При этом они не отрицают существование внутренней привязанности и симпатии к определенному врачу. В экстренных ситуациях, при отсутствии по каким-либо причинам в данный момент «своего» врача-исследователя, они могут обратиться к «такому же» исследователю, но регулярно лечиться они предпочитают у своего врача. Большинство пациентов приняли осознанное решение лечиться на постоянных условиях в рамках КИ, в основном, по причине нежелания и невозможности

получать «такое же» лечение в амбулаторной практике из-за большой загруженности данной службы и малым количеством времени, отведенным на общение с врачом. Эти пациенты полностью удовлетворены процессом своего лечения, и постоянное лечение для них является основой продления жизни, предотвращения повторных катастроф.

Перед представлением результатов беседы с пациентами стационара, не принимающих препараты на амбулаторном этапе (фокус-группа №2), следует отметить, что поведение пациентов данной группы было различным. Первые две подгруппы (далее «условно недисциплинированные»), которые характеризовались лечащими врачами как пациенты, не регулярно принимающие терапию и негативно настроенные на процесс лечения, негативно были настроены и на беседу. Получение какой-либо информации от них, а тем более ее анализ, были крайне затруднительными даже для профессионального модератора. Третья же подгруппа пациентов (далее «условно дисциплинированные»), характеризовавшаяся врачами как регулярно принимающая терапию, но в ходе беседы признавшаяся, что лечится нерегулярно, была очень похожа по поведению на группу пациентов, участвующих в КИ.

Для всех опрошенных пациентов стационара болезнь - это «помеха полноценной жизни». Здоровье в их жизни – это «не приоритет», а главное – работа и работоспособность. Нахождение в больнице расценивалось ими как «потерянные дни», они не понимают всю серьезность своего заболевания, воспринимая его как недолгое «обострение». Лечение у них заканчивается при наступлении «хороших результатов» и начинается снова только при ухудшении состояния. Пациентов данной группы категорически не устраивает система организации работы поликлиники, они считают, что врачам отведено мало времени на прием («за 7 минут все сделать невозможно»), также отмечают «некомпетентность» и «невнимательность» врачей данных учреждений, «невозможность» получить адекватную помощь в поликлинике. При ухудшении состояния они вновь госпитализируются в стационар. Проявлять активность в поисках иных источников медицинской помощи они категорически отказываются. Пациенты первых двух, условно, «неблагонадежных» подгрупп стационара сняли с себя всю ответственность за происходящее, и категорично, иногда даже агрессивно отказывались дискутировать на этот счет. Эти пациенты абсолютно уверены в правильности своих действий, своих «убеждений». «Им должны все, они не должны ничего». В ходе беседы с пациентами стационара из третьей «условно дисциплинированной» подгруппы было выявлено, что они признают свою недисциплинированность и связывают ее со своими личностными особенностями: присутствием таких качеств, как лень,

беспечность, «наплевательское», или наоборот, чрезмерно эгоистическое отношение к себе. Они были бы рады что-то изменить, но до конца не понимают, как, и поэтому продолжают лечиться крайне нерегулярно.

Прием лекарственных препаратов вызывает у всех пациентов фокус-группы №2 страх стать зависимым и приобрести «букет других болячек». Мотивацией для лечения у них является плохое самочувствие и неполноценная жизнь. Данные пациенты утверждают, что хотят сотрудничать с врачом, участвовать в принятии медицинского решения, однако амбулаторная помощь «не внушает» им доверия, они говорят о непонимании их проблем, что является для них «обидой» и, как следствие, приводит к отказу от терапии. С их слов, они были бы удовлетворены процессом лечения, если бы выполнялись такие условия, как получение достаточного объема информации о своем заболевании, регулярный контроль, внимательное отношение со стороны именно поликлинических врачей. При этом на вопрос «Если бы Вам предложили участие в КИ, и в этих рамках наблюдали Вас и оказывали столько внимания, сколько бы Вам хотелось» только пациенты «условно дисциплинированной» подгруппы ответили, что захотели бы лечиться при таких условиях.

Для обследованных врачей болезнь – это «нарушение качества жизни». Качество и количество преподносимой врачами информации о заболевании и его лечении зависит от самого пациента: его состояния и желания получать эту информацию. Интересующимся пациентам («идеальные больные») врачи при нахождении пациента в стационаре и при его выписке дают максимально возможную информацию о состояния его здоровья, заболевании, его последствиях, вариантах и способах лечения. Если пациент не интересуется, то информация при выписке предоставляется в минимальном объеме («навязываться нет смысла»). Но оценить «осознание» пациентами полученной информации в большинстве случаев представляется все-таки затруднительным. Выполнение пациентами всех рекомендаций врачи оценивают как возможное и реальное действие, тем более что, по их мнению, если человек болеет, он дисциплинирован. По мнению врачей наличие тяжелого, опасного для жизни заболевания и мотивация «чувствовать себя хорошо» являются важным фактором для продолжения терапии, а непонимание, недисциплинированность пациентов и недостаток информации служат поводом для отказа от лечения. Финансовое положение, интеллект, сила воли, эмоции пациентов, а также личность самого врача имеют разнонаправленное действие, по мнению врачей. Врачи признаются, что иногда в несоблюдении назначений виноваты они сами, когда по забывчивости не всегда сообщают пациенту, как долго необходимо принимать препараты («пациент после выписки ограничится одной упаковкой»), или когда врачи амбулаторного звена отменяют «лишние» препараты.

Отношения врачей и пациентов складываются различно: по мнению врачей, сотрудничать можно только с адекватным пациентом, который регулярно и осознанно лечится (это в основном пациенты КИ). К другим пациентам иногда приходится применять «диктатуру», чтобы добиться от них дисциплинированности. Никакой речи о дружеских отношениях быть не может, иначе начинается «панибратство», и никакой пользы от такого лечения не будет. Врачи утверждают, что социальная среда не влияет на взаимоотношения с пациентом и на его лечение: из одной социальной среды порой выходят совершенно разные люди, и для каждого человека можно подобрать слова. Врачи признают, что интуитивно делят пациентов на «любимых» и «неблагонадежных» (это влияет на выбор пациентов для участия в КИ), но считают, что это не влияет на процесс их лечения. Врачам необходима дисциплинированность пациентов, но право выбора в принятии медицинского решения они оставляют за пациентами.

В КИ от пациентов ничего не надо добиваться, они лечатся регулярно. Здесь и у врачей больше возможности контролировать состояние пациента и его лечение, и у пациентов больше возможностей в любое время обратиться к врачу при возникновении трудностей. Эти пациенты иногда прекращают лечиться постоянно, но для выполнения рекомендаций врачам всегда удается найти индивидуальный подход. В обычной практике это крайне затруднительно в силу высокой загруженности врачей и часто неудовлетворительной оплаты их труда.

### Обсуждение

При длительном хроническом заболевании переживания больными своей болезни подвержены определенной динамике [12], что четко проявилось в наших беседах:

- Предмедицинская фаза (когда появляются первые признаки болезни, и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении к врачу);
- Фаза ломки жизненного стереотипа (когда больной становится изолированным от работы, иногда и от семьи, и у него нет уверенности в характере своего заболевания);
- Фаза адаптации к болезни (когда уменьшаются симптомы болезни, снижается чувство безысходности и пациент начинает приспосабливаться к «новой» жизни);
- Фаза «капитуляции» (когда больной примиряется с судьбой, особенно, понимая ограниченность возможностей медицины);
- Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни (когда пациент начинает искать выгоду в создавшемся положении).

Только пациенты фокус-группы №1 (участники КИ), вероятно, полностью «пережили» данные этапы, а пациенты фокус-группы №2 (пациенты стационара) находятся на пограничном этапе между фазой ломки жизненного стереотипа и фазой «капитуляции». У пациентов «группы КИ» присутствует дружественная и спокойная реакция на болезнь. Они больше соответствуют гармоничному, реалистичному типу отношения к болезни, стремятся во всем содействовать успеху лечения. У пациентов стационара, прекращающих лечение на амбулаторном этапе, прослеживается негативная и разрушительная реакция, они либо не придают серьезности указаниям и советам врача, либо просто их игнорируют. Пациенты данной группы, скорее всего, стоят на грани между эргопатическим («уход от болезни в работу») и анозогностическим (отбрасывание мысли о болезни, «авось, обойдется») типом, они хотят сохранить свою работоспособность любой ценой и активно отбрасывают мысли о своем заболевании.

В сознании всех пациентов (и участвующих в КИ, и опрошенных в стационаре) присутствует патерналистская модель общения с врачами, то есть врач – это главное лицо в лечебном процессе, это лицо, которое берет на себя ответственность за все. Доверие к врачу возводится в «абсолют», пациенты согласны делать все, что скажет им их лечащий врач. Но данная модель по-разному реализуется в исследованных группах. Пациентов группы КИ это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов «группы стационара, не принимающих таблетки на амбулаторном этапе», неполучение адекватной помощи в поликлинике сопровождается «обидой» на недооценку их доверия и служит мотивацией для отказа от лечения в дальнейшем. Всеми пациентами ярко подчеркивается недостаток времени у поликлинических врачей на общение с ними.

Имеются определенные личностные особенности, касающиеся коммуникативных способностей опрошенных групп пациентов. Пациенты, участвующие в КИ, – интеллигентные, достаточно доброжелательно настроенные люди с достаточно высокими коммуникативными способностями. Первые две «условно недисциплинированные» подгруппы пациентов стационара отличаются наличием собственных внутренних установок, основная из которых – изначально негативный настрой на лечение. Пациенты третьей, «условно дисциплинированной» подгруппы по своим личностным особенностям напоминают группу пациентов, участвующих в КИ. Они осознают, что причина нерегулярного лечения в них самих, просто они еще не встретили того врача, под четким руководством которого они выразят желание лечиться на постоянной основе. Возможно, одним из факторов, который повлиял на результат исследования, является отбор па-

циентов группы стационара их лечащими врачами. Можно предположить, что врачи интуитивно поделили пациентов: на менее и более «симпатичных», и это деление, с одной стороны, может иметь некоторую прогностическую ценность в отношении приверженности пациентов дальнейшему лечению (определенные личностные особенности пациента могут наталкивать врача на мысль, что полное выполнение врачебных рекомендаций здесь вряд ли будет иметь место). С другой стороны, «предубеждение врача» в отношении пациента может влиять на негативное поведение пациентов в дальнейшем. Стоит отметить, что подобное деление используется врачами и при отборе потенциальных vчастников КИ, что вызывает некоторые вопросы в отношении применимости результатов КИ к реальной практике, в которой встречаются не только «дисциплинированные», но и другие пациенты. В целом можно отметить, что метод фокус-групп, наряду с подтверждением уже известных моментов, позволил получить новые сведения о проблеме приверженности лечению.

# Заключение

Опрошенные пациенты, участвующие в КИ, отличаются от пациентов стационара более высокими коммуникативными способностями, «принятием» своей болезни, отсутствием негатива и агрессивности. У всех исследуемых пациентов ярко выражена патерналистская модель общения врач-пациент. Участвующих в КИ пациентов это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов стационара, прекращающих лечение на амбулаторном этапе, неполучение адекватной помощи в поликлинике приводит к «обиде» из-за недооценки их доверия и служит мотивацией для отказа от лечения. Улучшение самочувствия является важным фактором и заставляет участников КИ следовать указаниям врача, а опрошенных пациентов стационара, наоборот, прекращать терапию. Такой патернализм, с одной стороны, повышает ответственность врача за своего пациента, а с другой – расширяет возможности для его влияния на поведение больных. Выделение врачами менее и более им «симпатичных» пациентов может быть связано с личностными особенностями пациента, которые, в свою очередь, могут ассоциироваться с невыполнением врачебных рекомендаций, а с другой стороны – может влиять на негативное поведение пациентов и невыполнение ими рекомендаций в дальнейшем.

### Ограничения исследования

Метод фокусированного интервью — это качественное исследование, и ему присущи все недостатки данного типа исследований, включая высокую субъективность полученных данных. Но именно это и поз-

воляет выявлять скрытую, не всегда осознанную субъектами исследования информацию, в отличие от структурированных опросов/интервью. В нашем исследовании нам удалось провести только одну фокус-группу с врачами, что недостаточно. Это снижает ценность полученной информации и требует продолжения данного исследования.

Литература

- 1. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
- 2. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. NEMJ 2005; 353: 487-97.
- 3. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ 2006; 333: 15.
- 4. Danilov DS. Compliance in medicine and its optimization methods (clinical, psychological and psychotherapeutic aspects). Psychiatry and Pharmacotherapy 2008; (1): 13-20. Russian (Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты). Психиатрия и Психофармакотерапия 2008: (1): 13-20).
- Fischer MA, Stedman MR, Lii J, et al. Primary medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions. J Gen Intern Med 2010; 25 (4): 284-90.
- Siluyanova IV, Yakovlev VV. Physician-patient relationship: the position of the patient. Dentist in 2011;
  4-8. Russian (Силуянова И.В., Яковлев В.В. Взаимоотношение врача и пациента: позиция пациента. Стоматолог 2011;
- 7. Chesnikova A.I., Safronenko V.A., Khripun A.V. Assessment of the degree of progression of coronary atherosclerosis in patients with five-year history of myocardial infarction, depending on the commitment of statin therapy. Rational Pharmacother Card 2012; 8 (6):772-776. Russian (Чесникова А.И., Сафроненко В.А., Хрипун А.В. Оценка степени прогрессирования атеросклероза коронарных артерий у пациентов с пятилетним анамнезом инфаркта миокарда в зависимости от приверженности терапии статинами. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2012;8(6):772-776

**Конфликт интересов.** Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Благодарности.** Авторы выражают благодарность за неоценимую помощь в проведении данного исследования Михневич Наталье Михайловне и Мышкиной Марии Юрьевне, агентству Промо-Сити (Саратов).

- 8. Strokova E.V., Naumova E.A., Schwartz Yu.G. Commitment to long-term treatment of cardiac patients with mild to moderate depression: the ineffectiveness of antidepressant therapy in a randomized trial pirlindol. Rational Pharmacother Card 2012, 8 (1):45-50. Russian (Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность длительному лечению кардиологических пациентов с легкой и умеренной депрессией: неэффективность антидепрессивной терапии пирлиндолом в рандомизированном исследовании. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2012;8(1):45-50)
- 9. Puchinyan N.F., Dovgalevsky J.P., Dolotovskaya P.V., Furman N.V. Adherence to recommended therapy in patients with acute coronary syndrome, and risk of cardiovascular events in the year after hospitalization. Rational Pharmacother Card 2011; 7 (5):567-573. Russian (Пучиньян Н.Ф., Довгалевский Я.П., Долотовская П.В., Фурман Н.В. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2011;7(5):567-73)
- 10. Merton R, Fiske M, Candall P. The focused interview. Glencoe, Illinois: The Free Press; 1956.
- 11. Belanovsky SA. The focus groups method. Moscow: Magistr; 1996. Russian (Белановский С.А. Метод фокус-групп. М.: Издательство Магистр; 1996).
- 12. Sidorov PI, Parnyakov AV. Clinical Psychology: a textbook for high schools. 3rd edition. Moscow: GE-OTAR Media; 2008. Russian (Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник для вузов. 3-е издание. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008).

Поступила: 20.11.2013 Принята в печать: 19.12.2013