

Связь приверженности к терапии подвергшихся коронарному шунтированию пациентов с их оценкой стиля коммуникативного взаимодействия лечащего врача

Помешкина С.А.¹, Солодухин А.В.^{1,2}, Беззубова А.А.¹, Яницкий М.С.², Барбараш О.Л.¹

Цель. Изучение коммуникативных характеристик лечащего врача, оцененных пациентом, и анализ их связи с приверженностью к лечению пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся коронарному шунтированию.

Материал и методы. В исследование вошли 366 пациентов — мужчин в возрасте от 41 до 77 лет (средний возраст 59,9±6,9 лет) со стабильной формой ИБС. Пациентов, включенных в исследование, обследовали за 5-7 дней перед проведением коронарного шунтирования (КШ) и через 6 мес. после него. Оценивались клиническое состояние пациента, наличие кардиоваскулярных факторов риска и принимаемую терапию до КШ и в течение 6 мес. после него. Перед выпиской со стационарного этапа реабилитации для определения модели коммуникативного взаимодействия использовалась коммуникативная карта А.А. Леонтьева, адаптированная для соматических пациентов.

Результаты. Чем выше пациент оценивал коммуникативную компетентность врача по параметрам “доброжелательность”, “поощрение инициативы”, “открытость”, “активность” и “гибкость”, тем выше его приверженность к соблюдению рекомендаций. Пациенты, которые дали низкую оценку лечащему врачу по коммуникативным параметрам “открытость”, “гибкость” и “заинтересованность” в общении, были наименее привержены к рекомендуемой терапии.

Заключение. На приверженность к лечению больных ИБС оказывают влияние такие коммуникативные характеристики лечащего врача, как “доброжелательность”, “поощрение инициативы”, “открытость”, “активность” и “гибкость”, которые подходят под определение демократичного стиля общения врача и пациента.

Ключевые слова: приверженность к лечению, ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование.

Конфликт интересов: не заявлен.

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово; ²ФГБОУ ВО Кемеровский государственный университет, Кемерово, Россия.

Помешкина С.А.* — д.м.н., зав. лабораторией реабилитации, ORCID: 0000-0003-3333-216X, Солодухин А.В. — лаборант-исследователь лаборатории нейрососудистой патологии, ORCID: 0000-0001-8046-5470, Беззубова А.А. — аспирант, ORCID: 0000-0002-7411-7346, Яницкий М.С. — доктор психологических наук, зав. кафедры социальной психологии и психосоциальных технологий, директор социально-психологического института, ORCID: 0000-0003-3049-8594, Барбараш О.Л. — д.м.н., профессор кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, директор, ORCID: 0000-0002-4642-3610.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): swetlana.sap2@mail.ru

АД — артериальное давление, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМТ — индекс массы тела, КШ — коронарное шунтирование, ЛПНП — липопротеиды низкой плотности, ОХ — общий холестерин.

Рукопись получена 26.06.2017

Рецензия получена 10.12.2017

Принята к публикации 24.12.2017

Российский кардиологический журнал. 2018;23(11):58–64

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-11-58-64>

The relationship between adherence to therapy and the style of communicative interaction of the attending physician and patients undergoing coronary artery bypass graft

Pomeshkina S.A.¹, Solodukhin A.V.^{1,2}, Bezzubova A.A.¹, Yanitsky M.S.², Barbarash O.L.¹

Aim. To study the communicative characteristics of the attending physician, assessed by the patient, and analyze their connection with adherence to the treatment of patients with coronary artery disease (CAD) undergoing coronary artery bypass graft (CABG).

Material and methods. The study included 366 patients — men aged 41 to 77 years old (mean age 59.9±6.9 years) with a stable form of CAD. The patients included in the study were examined 5-7 days before the CABG and 6 months after it. The clinical condition of the patient, the presence of cardiovascular risk factors and the therapy taken before and within 6 months after were assessed. Before being discharged from the clinic, A.A. Leontiev communication card was used to determine the model of communicative interaction.

Results. The higher the patient assessed the communicative competence of the doctor according to the several parameters (“benevolence”, “encouragement of initiative”, “openness”, “activity” and “flexibility”), the higher his adherence to treatment was. Patients who gave a low rating to the attending physician by the communicative parameters (“openness”, “flexibility” and “interest” in communication), had the lowest adherence to treatment.

Conclusion. The adherence to treatment of CAD patients is influenced by such communicative characteristics of the attending physician as “benevolence”,

“encouragement of initiative”, “openness”, “activity” and “flexibility” qualify as democratic style of communication between a doctor and a patient.

Russian Journal of Cardiology. 2018;23(11):58–64

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-11-58-64>

Key words: adherence to treatment, coronary artery disease, coronary artery bypass graft.

Conflicts of interest: nothing to declare.

¹Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo; ²Kemerovo State University, Kemerovo, Russia.

Pomeshkina S.A. ORCID: 0000-0003-3333-216X, Solodukhin A.V. ORCID: 0000-0001-8046-5470, Bezzubova A.A. ORCID: 0000-0002-7411-7346, Yanitsky M.S. ORCID: 0000-0003-3049-8594, Barbarash O.L. ORCID: 0000-0002-4642-3610.

Received: 26.06.2017 **Revision Received:** 10.12.2017 **Accepted:** 24.12.2017

Проблема невыполнения врачебных рекомендаций по-прежнему остается актуальной для врачей и медицинских психологов. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в изучении факторов, положительно влияющих на выполнение врачебных рекомендаций, приверженность пациентов к длительному лечению остается приблизительно на одном и том же уровне за последние десятилетия [1]. По данным литературы, каждый четвертый пациент не придерживается предписанной лечащим врачом терапии [2]. На приверженность пациентов к лечению влияет много разных причин, включая стиль взаимодействия врача и пациента. Одной из характеристик взаимодействия врача и пациента является определенная система межличностного общения. Стиль общения включает в себя коммуникативные возможности врача и характер взаимоотношений между врачом и пациентом. Существует несколько классификацией стилей коммуникативного взаимодействия, однако общепринятой является их деление на авторитарный, демократический и попустительский (либеральный) [3]. При авторитарном общении врач все решения принимает сам, любые возражения или советы пациентов отвергаются, а малейшие нарушения дисциплины порицаются. Либеральный стиль характеризуется полным отсутствием контроля со стороны врача, он не вникает в жизнь и проблемы пациентов, держится в стороне. При демократическом стиле врач многие вопросы решает с учетом мнения пациентов, позволяет им открыто высказываться, прислушивается к их запросам. От выбранного лечащим врачом стиля поведения зависят не только его дальнейшее взаимоотношение с пациентом, но и отношение пациента к своему заболеванию и лечебному процессу. Применение врачом не эффективных стилей и методов взаимодействия с пациентом ведет к снижению приверженности к назначенному лечению.

Целью настоящего исследования явилось изучение коммуникативных характеристик лечащего врача, оцененных пациентом, и анализ их связи с приверженностью к лечению пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся коронарному шунтированию.

Материал и методы

Обследованы 366 пациентов — мужчин в возрасте от 41 до 77 лет со стабильной ИБС, планирующих на коронарное шунтирование (КШ) в условиях искусственного кровообращения в НИИ КПССЗ.

Критерии включения: мужской пол (в исследование включались только мужчины, чтобы увеличить статистическую значимость результатов с учетом небольшого количества пациентов в выборке и избежать необходимости деления по признаку пола), планируемое КШ и добровольное информ-

рованное согласие пациента на участие в исследовании.

Критериями исключения явились: отказ больного от участия в исследовании; смерть в интра- и раннем послеоперационном периодах.

Клинико-anamnestическая характеристика пациентов, включенных в исследование, представлена в таблице 1.

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации Всемирной ассоциации “Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека”. Протокол исследования был одобрен локальным Этическим комитетом НИИ КПССЗ. Работа выполнена при поддержке комплексной программы фундаментальных научных исследований СО РАН.

Все пациенты прошли стационарный (12-13 дней) этап реабилитации. При выписке из стационара пациентам были даны рекомендации на амбулаторный этап по необходимости контроля таких факторов риска, как повышенный вес, артериальная гипертония, курение, повышенный уровень холестерина, о ведении активного образа жизни и регулярного приема препаратов.

Пациентов, включенных в исследование, обследовали за 5-7 дней перед проведением КШ и через 6 мес. после него. Оценивалось клиническое состояние пациента, для анализа результатов лабораторных и инструментальных обследований использовались данные историй болезни и амбулаторных карт пациентов. В исследовании использовался составленный нами опросник для пациентов, который заполнялся самими пациентами и отражал наличие факторов риска развития ИБС, принимаемую терапию до КШ и в течение 6 мес. после него.

Оценка стиля коммуникативного взаимодействия пациента с лечащим врачом осуществлялась клиническим психологом перед выпиской пациента из кардиохирургического отделения после оперативного вмешательства. Для определения модели коммуника-

Таблица 1

Клинико-anamnestическая характеристика пациентов, направленных на КШ

Показатели	n=366
Возраст, лет, M±SD	59,9±6,9
Инфаркт миокарда в анамнезе, n (%)	205 (57)
Длительность ИБС, лет	3 (1; 9)
Средний ФК стенокардии, M±SD	2,03±0,36
Средний ФК ХСН (по NYHA)	1,98±0,42
Наличие артериальной гипертонии, n (%)	329 (90)
Сахарный диабет, n (%)	40 (11)
Фракция выброса левого желудочка (%), M±SD	56,9±6,8

Таблица 2

Результаты оценки пациентами коммуникативных характеристик лечащего врача, Ме [Q25; Q75]

Параметры коммуникативного взаимодействия	Авторитарный стиль 1 группа n=90	Либеральный стиль 2 группа n=114	Демократичный стиль 3 группа n=162	p
Доброжелательность, баллы	5 [4; 7]	6 [6; 7]	6 [6; 7]	0,0001
Заинтересованность, баллы	5 [4; 6]	5 [1; 7]	6 [6; 7]	0,01
Поощрение инициативы, баллы	4 [4; 6]	6 [5; 7]	6 [5; 7]	0,0001
Открытость, баллы	5 [4; 6]	6 [5; 7]	6 [5; 7]	0,0001
Активность, баллы	5 [4; 6]	6 [5; 7]	6 [5; 7]	0,0001
Гибкость, баллы	5 [5; 7]	6 [5; 7]	6 [6; 7]	0,0001
Дифференцированность, баллы	5 [4; 6]	5 [1; 7]	6 [6; 7]	0,0001

тивного взаимодействия использовалась коммуникативная карта А.А. Леонтьева (1977), адаптированная для соматических пациентов [3, 4]. Характер взаимоотношения лечащего врача и анкетированного пациента оценивался во время беседы с психологом по семи характеристикам: доброжелательность, заинтересованность (как часто врач интересовался делами и проблемами пациента), поощрение инициативы (насколько врач одобрял самостоятельные высказывания пациентом своих мыслей и желаний), открытость (насколько врач был открыт в общении и не скрывался за “профессиональной маской”), активность, гибкость (умение врача подстраиваться в общении под личность каждого пациента), дифференцированность (способность и желание врача выделять каждого отдельного пациента среди остальных). Каждая характеристика оценивалась пациентом максимум в 7 баллов. Представленные характеристики рассматривались в рамках авторитарного, демократического и либерального стилей общения. Для авторитарного стиля общения характерны слабо выраженные открытость, гибкость и заинтересованность в общении с пациентом. Демократичный стиль характеризовался выраженной доброжелательностью, заинтересованностью, поощрением инициативы, открытостью, активностью, гибкостью, дифференцированностью. Для либерального стиля характерны были высоко выраженные характеристики — открытость, гибкость и поощрение инициативы и слабо выраженные — заинтересованность и активность [4, 5].

Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 10.0. Гипотеза о нормальном распределении проверялась с использованием критерия Шапиро-Уилка. Для каждой из непрерывных величин, имеющих нормальное распределение, приведены среднее значение (М) и стандартное отклонение (SD). Для величин с ненормальным распределением результаты представлены в виде медианы (Ме) и интерквартильного размаха (Q25; Q75). Для выделения групп по уровню коммуникативного взаимодействия леча-

щего врача с пациентом был применен метод кластерного анализа. При сравнении трех независимых групп применяли ранговый анализ вариаций по Краскелу-Уоллису, при $p < 0,05$ проводили парное сравнение с использованием непараметрического теста Манна-Уитни. Для сравнения двух зависимых групп использовали непараметрический критерий Вилкоксона. Дополнительно для установления взаимоотношений между клиническими признаками по их абсолютным значениям проводили анализ, используя критерий соответствия (метод χ^2) или коэффициент Пирсона. При установлении достоверности тесноты связей пользовались таблицей χ^2 , считая результаты достоверными, если $p < 0,05$. Для исследования зависимостей между переменными использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты

При помощи метода кластерного анализа все пациенты ($n=366$) были разделены на 3 группы. В первую группу вошли пациенты, которые оценили стиль общения врача как авторитарный, во вторую — пациенты, оценившие коммуникативные характеристики врача как либеральные. И в третью группу вошли пациенты, оценившие общение с врачом в форме демократичного стиля. Результаты представлены в таблице 2.

Затем у пациентов сформированных групп по уровню оценки коммуникативных характеристик лечащего врача ретроспективно были проанализированы наличие и выраженность таких модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска в предоперационном периоде, как курение, дислипидемия, наличие избыточной массы тела, повышенное артериальное давление (АД). Кроме того, было проанализировано, сколько пациентов принимали до КШ 3-4-х-компонентную схему лечения. Оказалось, что исходно сравниваемые группы были сопоставимы по этим показателям (табл. 3).

При оценке динамики модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска оказалось, что только в группе с демократичным стилем общения врача

Таблица 3

**Сравнительная характеристика наличия и выраженности
сердечно-сосудистых факторов риска пациентов с ИБС до КШ, M±SD**

Факторы риска	Авторитарный стиль (Группа 1) n=90	Либеральный стиль (Группа 2) n=114	Демократичный стиль (Группа 3) n=162	p
Курящие пациенты, n (%)	23 (26)	36 (31)	49 (30)	0,4
ИМТ, кг/м ²	28,3±2,1	28,2±3,4	27,9±3,8	0,6
Общий холестерин, ммоль/л	4,9±1,6	4,9±1,3	5,0±1,4	0,4
ЛПНП, ммоль/л	2,8±1,1	3,0±1,1	3,1±1,2	0,5

Таблица 4

**Полугодовая динамика выраженности
сердечно-сосудистых факторов риска пациентов с ИБС, подвергшихся КШ, M±SD**

Факторы риска	Авторитарный стиль (Группа 1), n=90		Либеральный стиль (Группа 2), n=114		Демократичный стиль (Группа 3), n=162		p
	До КШ (1)	После КШ (2)	До КШ (3)	После КШ (4)	До КШ (5)	После КШ (6)	
ИМТ, кг/м ²	28,3±2,1	28,8±3,8	28,2±3,4	27,5±2,6	27,9±3,8	27,5±1,6	p2;4=0,001 p2;6=0,009
Общий холестерин, ммоль/л	4,9±1,6	4,3±1,1	4,9±1,3	3,9±0,9	5,0±1,4	4,6±0,6	p2;4=0,01 p4;6=0,001
ЛПНП, ммоль/л	2,8±1,1	2,4±0,6	3,0±1,1	2,2±0,6	3,1±1,2	2,5±0,7	p4;6=0,01
Количество пациентов, принимающих 3-4-компонентную схему лечения, n (%)	21 (23)	54 (60)	30 (26)	83 (73)	42 (26)	136 (84)	p1;2=0,001 p3;4=0,001 p5;6=0,001 p2;6=0,02 p4;6=0,001
Количество пациентов, достигших целевого уровня АД, n (%)	66 (73)	72 (80)	79 (69)	84 (74)	113 (70)	121 (75)	

и пациента достоверно уменьшилось количество курящих пациентов (с 49 (30%) до 36 (22%), $p=0,04$), в группе с либеральным и авторитарным стилями общения отмечалась только тенденция к снижению (с 36 (31%) до 29 (25%) и с 23 (26%) до 19 (21%), соответственно).

Средний показатель индекса массы тела через 6 мес. после КШ имел тенденцию к уменьшению в группах с либеральным и демократическим стилями общения врача и пациента. В группе с авторитарным стилем общения врача и пациента данный показатель даже имел тенденцию к увеличению (табл. 4). При этом через полгода после КШ показатель индекса массы тела (ИМТ) в группе с демократичным и либеральным стилями общения был достоверно ниже в сравнении с группой с авторитарным стилем общения врача и пациента.

При анализе динамики показателей липидного статуса оказалось, что уровень общего холестерина (ОХ) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) достоверно снизился во всех 3 группах. Однако, через полгода после КШ концентрация ОХ была достоверно ниже в группе с либеральным стилем общения в сравнении с группой демократичного стиля комму-

никации. При сравнении группы с либеральным стилем общения с группой авторитарного общения достоверных различий не было. При анализе динамики уровней ЛПНП после КШ достоверных различий в сравниваемых группах не отмечалось (табл. 4). Однако через полгода после КШ концентрация ЛПНП была также достоверно ниже в группе с либеральным стилем общения в сравнении с демократичным стилем. При анализе динамики количества пациентов, принимавших 3-4-компонентную лекарственную терапию, оказалось, что через полгода после КШ во всех 3 группах достоверно увеличилось количество пациентов, принимающих рекомендованные группы препаратов. При этом через полгода после КШ достоверно большее количество пациентов принимали 3-4-компонентную терапию из группы с демократичным стилем коммуникации в сравнении с пациентами с либеральным и авторитарным стилями общения.

Количество пациентов, достигших целевых уровней АД через полгода после КШ, достоверно не изменилось в сравнении с исходными данными. Различий в сравниваемых группах также отмечено не было.

Таблица 5

**Связь коммуникативного взаимодействия лечащего врача
и пациентов с приверженностью к терапии через 6 месяцев после КШ**

Коммуникация пациента с лечащим врачом	Показатели									
	Увеличение ИМТ	p	Количество базовых препаратов	p	Уровень ОХ	p	Уровень ЛПНП	p	Уровень АД	p
Доброжелательность	-0,42	0,0001	0,05	0,36	-0,02	0,69	0,08	0,13	-0,39	0,0001
Заинтересованность	-0,02	0,75	0,11	0,04	-0,11	0,04	-0,01	0,81	-0,31	0,02
Поощрение инициативы	-0,28	0,0001	0,36	0,004	-0,15	0,02	0,003	0,94	-0,27	0,004
Открытость	-0,14	0,01	0,01	0,78	-0,07	0,17	-0,01	0,84	-0,33	0,01
Активность	-0,29	0,001	-0,04	0,41	0,13	0,02	0,23	0,01	-0,06	0,29
Гибкость	-0,33	0,0001	-0,05	0,31	-0,29	0,0001	-0,31	0,0001	-0,29	0,003
Дифференцированность	-0,10	0,511	0,15	0,007	-0,02	0,63	0,01	0,87	0,06	0,23

Следующим этапом были проанализированы связи между выраженностью модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска пациентов, подвергшихся КШ, и коммуникативными характеристиками лечащего врача, определенными пациентом (табл. 5).

Были выявлены отрицательные корреляции между выраженностью показателя ИМТ и такими коммуникативными характеристиками лечащего врача, как “доброжелательность”, “поощрение инициативы”, “активность” и “гибкость”. Отрицательные корреляции присутствовали между выраженностью таких коммуникативных характеристик врача, как “гибкость” и уровень ОХ и ЛПНП пациента. Уровень АД пациентов имел отрицательные ассоциации с “доброжелательностью” и “гибкостью” лечащего врача. И отмечались положительные корреляции между такой коммуникативной характеристикой врача, как “поощрение инициативы”, и количеством принимаемых пациентом препаратов.

Обсуждение

Проблема выполнения врачебных назначений остается в центре внимания как исследователей, так и работников практического здравоохранения, однако приверженность пациентов к лечению по-прежнему остается низкой. По данным ВОЗ, примерно половина пациентов с хроническими заболеваниями не выполняет медицинские рекомендации [6]. Порядка 50% прерывают терапию в течение 6 мес. от ее начала, и только 15% продолжает лечение до 1 года [7]. Несоблюдение пациентами врачебных назначений приводит к серьезным и дорогостоящим последствиям, что существенно снижает эффективность лечения [8].

Одна из причин этого явления, как правило, скрыта в разочаровании пациентов в медицинских услугах, что приводит к их несвоевременному обращению за медицинской помощью или отказу от необходимого лечения [9]. Исследования показывают, что для пациента очень важно знание врачом его истории

болезни и ожиданий результатов лечения, поскольку это обеспечивает более глубокое взаимопонимание на эмоциональном и личностном уровне [10, 11]. Коммуникативная компетентность лечащего врача способствует развитию у пациента понимания, что его болезнь воспринимается не просто как временная проблема, от которой необходимо избавиться, а как существенная часть его жизненного пути [11]. Ряд авторов на основании аналитических обзоров литературы указывают, что без активного взаимодействия пациента с лечащим врачом трудно добиться решения кратко- и среднесрочных, а тем более долгосрочных задач по дальнейшему лечению [12–14].

По данным настоящего исследования, оказалось, что только в группе с демократичным стилем общения врача с пациентом достоверно уменьшилось количество курящих пациентов.

Через полгода после КШ показатель ИМТ в группе с либеральным и демократичным стилями общения был достоверно ниже в сравнении с группой с авторитарным стилем общения.

Уровни ЛПНП и ОХ после КШ были достоверно более низкими в группе с либеральным стилем общения в сравнении с демократичным стилем. Однако, как показали наши предыдущие работы, показатели липидного статуса не являются объективным критерием приверженности в силу недостаточной информированности пациентов о целевых уровнях липидного статуса, в отличие от уровней АД, необходимостью контролировать свой вес, принимать медикаментозную терапию, соответственно, эти уровни ОХ, ЛПНП не были целью лечения пациентов [15].

Кроме того, в группе с демократичным стилем общения большее количество пациентов принимали 3–4-компонентное лечение в сравнении с группами с авторитарным и либеральным стилями общения.

При анализе связей между приверженностью к лечению и коммуникативными стилями общения врача с пациентом были выявлены отрицательные ассоциации между величиной ИМТ и такими коммуникативными характеристиками лечащего врача, как

“доброжелательность”, “поощрение инициативы”, “активность” и “гибкость”, между уровнем ОХ, ЛПНП и “гибкостью” и между уровнем систолического АД и “доброжелательностью”, “гибкостью” лечащего врача.

Таким образом, чем выше пациент оценивает коммуникативную компетентность врача по параметрам “доброжелательность”, “поощрение инициативы”, “открытость”, “активность” и “гибкость”, что подходит под определение демократичной модели общения, тем выше его приверженность к соблюдению рекомендаций по контролю модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска и приему лекарственных препаратов. И, наоборот, пациенты, которые оценили коммуникативные параметры врача ближе к авторитарной модели общения, т.е. слабо выраженные “открытость”, “гибкость” и “заинтересованность” в общении с пациентом, были наименее привержены к рекомендуемой терапии. Группа с либеральным стилем общения врача и пациента, т.е. при высоко выраженными “доброжелательностью” и “гибкостью”, но при этом низкой “заинтересованностью” и “активностью” в общении врача с пациентом, занимала промежуточное значение по контролю модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска и приему лекарственных препаратов.

Целью настоящего исследования было выявление возможных закономерностей между стилем общения врача и приверженностью пациента к назначенному лечению, поэтому психологическая диагностика включала только субъективное восприятие пациентом своего лечащего врача. Ведь именно субъективная удовлетворенность важна тем, что является не только одной из характеристик результата лечения, но и фактором, влияющим на дальнейший ход течения болезни в зависимости от положительного или отрицательного влияния на комплайнс пациента после выписки. В связи с этим, очень важно знать,

как воспринимает своего врача сам пациент. Однако с учетом полученных результатов для более полного анализа взаимосвязи коммуникативных компетенций лечащего врача и приверженности пациента к лечению целесообразно оценить коммуникативные характеристики врача с как можно большего числа позиций, а не только через субъективную оценку пациента.

Заключение

Высоко выраженные коммуникативные характеристики лечащего врача, оцененные пациентом, достоверно и значимо ассоциируются с приверженностью пациента к длительному лечению. Наиболее значимыми факторами, формирующими позитивную оценку пациентом своего врача и в дальнейшем имеющими наибольшую связь с приверженностью к лечению, являются “доброжелательность”, “открытость”, “поощрение инициативы пациента”, “активность” и “гибкость” при общении врача и пациента, которые подходят под определение демократической модели общения. Однако данная проблема требует дальнейшего более детального изучения.

Конечно, не существует единого метода решения проблемы низкой приверженности пациентов к рекомендуемой терапии. Создание мотивации к лечению и ее удержание в течение длительного времени — задача, которая может быть решена только при условии комплексной работы государства, учреждений здравоохранения, образовательной системы. Но при этом просветительская работа и конкретное обучение должны быть направлены не только на пациента и членов его семьи, но и на специалистов здравоохранения.

Конфликт интересов: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Semenova ON, Naumova EA, Schwartz YG. 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. *Razionalnaya farmakoterapiya v kardiologii*. 2014;1:55-61. (In Russ.) Семенова О.Н., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний и невыполнение врачебных рекомендаций: мнение пациентов и врачей по результатам фокусированного интервью. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2014;1:55-61.
2. Mulhem E, Lick D, Varughese J, et al. Adherence to Medications after Hospital Discharge in the Elderly. *International Journal of Family Medicine* 2013. doi:10.1155/2013/901845.
3. Strokova EV, Naumova E, Schwartz Y. Influence of an internal picture of illness, coping strategies and the self-relation of the patients after myocardial infarction on adherence to long treatment of coronary artery disease and its regularity. *MRSP*. 2012;1:1169-90. (In Russ.) Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца. *СИСР*. 2012;1:1169-90.
4. Izutkin DA. The doctor-patient cooperation ethics in different models of their relations. *Medical Almanac*. 2012;5(24):214-6. (In Russ.) Изуткин Д.А. Этика взаимодействия врача и пациента в различных моделях их отношений. *Медицинский альманах*. 2012;5(24):214-6.
5. Murgic L, Hébert PC, Sovic S, Pavlekovic G. Paternalism and Autonomy: Views of Patients and Providers in a Transitional (post-Communist) Country. *BMC Medical Ethics* 2015;16: 65. doi:10.1186/s12910-015-0059-z.
6. Danilov DS. Therapeutic collaboration (compliance): Content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014;2:4-12. (In Russ.) Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014;2:4-12.
7. Naumova E, Semenova O, Strokova E. Adherence to long-term treatment estimation as intentional and unintentional actions. *Innovations in science*. 2012;15:177-89. (In Russ.) Наумова Е.А., Семенова О.Н., Строкова Е.В. Оценка приверженности пациента к длительному лечению с точки зрения его сознательного и неосознанного поведения. *Иновации в науке*. 2012;15:177-89.
8. Sirota N, Yaltonsky V, Moskovchenko D. The role of effective physician-patient communication as a factor of successful psychological overcoming of an illness. *Remedium*. 2015;131:4-6. (In Russ.) Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В. Роль эффективных коммуникаций врача и пациента как фактор успешного психологического преодоления болезни. *Ремедиум Приволжье*. 2015;1(131):4-6.
9. Ledvanova T, Kolomeychuk AV. F The formation of communicative competence of the doctor. *ВМЖ* 2015;2:115-21. (In Russ.) Ледванова Т.Ю., Коломейчук А.В. Формирование коммуникативной компетентности врача. *ВМЖ* 2015;2:115-21.

10. Efremova EV, Sabitov IA, Shutov AM, Suvorova SA. Clinical and psychological characteristics and adherence to the treatment of patients with chronic heart failure of elderly and senile age. *Izvestija vysshih uchebnyh zavedenij. Povolzhskij region. Medicinskie nauki*. 2012;21:33-9. (In Russ.) Ефремова Е. В. Сабитов И. А., Шутов А. М., Суворова С. А. Клинико-психологическая характеристика и приверженность к лечению больных хронической сердечной недостаточностью пожилого и старческого возраста. *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки*. 2012;1(21):33-9.
11. Efremova EV, Menzorov MV, Sabitov IA. Treatment compliance in patients with chronic heart failure and comorbidities. *Clinical Medicine*. 2015;9:20-4. (In Russ.) Ефремова Е. В., Мензоров М. В., Сабитов И. А. Приверженность лечению больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях коморбидности. *Клиническая медицина*. 2015;9:20-4.
12. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, et al. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Ed. Antje Timmer. *PLoS ONE* 9.4 (2014). doi:10.1371/journal.pone.0094207.
13. Mahmoudian A, Ahmadrza Z, Tavakoli N, et al. Medication Adherence in Patients with Hypertension: Does Satisfaction with Doctor-Patient Relationship Work? *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2017; 22:48. doi:10.4103/jrms.JRMS_205_16.
14. Tomori C, Risher K, Limaye RJ, et al. A Role for Health Communication in the Continuum of HIV Care, Treatment, and Prevention. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)* 2014;306-10. doi:10.1097/QAI.0000000000000239.
15. Pomeshkina SA, Borovik IV, Krupyanko EV, et al. Compliance to non-drug therapy in patients with coronary artery disease underwent coronary artery bypass grafting. *Atherosclerosis*. 2013;1:29-35. (In Russ.) Помешкина С. А., Боровик И. В., Крупяно Е. В., и др. Приверженность к немедикаментозной терапии больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию. *Атеросклероз*. 2013;1:29-35.