

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

*На правах рукописи*

**ЗАЙЦЕВА ДАРЬЯ ВИКТОРОВНА**

**Психологические факторы приверженности терапии у пациентов с  
мочекаменной болезнью**

Научная специальность: 5.3.6. Медицинская психология

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата психологических наук

**Научный руководитель:**

кандидат психологических наук,

**Исурина Галина Львовна**

Санкт – Петербург

2023

## Оглавление

Введение .....	4
ГЛАВА 1. Аналитический обзор по теме исследования.....	15
1.1 Развитие взглядов на проблему здоровья .....	15
1.1.1 Биопсихосоциальный подход.....	17
1.1.2 Субъективное восприятие боли .....	19
1.1.3 Внутренняя картина болезни .....	21
1.1.4 Качество жизни пациентов.....	26
1.2 Приверженность терапии. Формирование понятийного аппарата.....	27
1.2.1 Комплаенс (compliance).....	28
1.2.2 Приверженность терапии (adherence).....	30
1.2.3 Согласие с терапией (concordance) .....	31
1.2.4 Социодемографические факторы приверженности терапии.....	33
1.2.5 Роль взаимоотношений между врачом и пациентом в контексте приверженности терапии .....	35
1.2.6 Методологические проблемы измерения приверженности терапии .....	36
1.3 Мотивация и ее роль в формировании приверженности терапии.....	37
1.4 Мочекаменная болезнь .....	41
1.4.1 Эпидемиология и распространенность мочекаменной болезни ...	42
1.4.2 Проблема рецидивов.....	43
1.4.3 Основные направления психологических исследований в клинике мочекаменной болезни .....	44
1.5 Краткосрочная психологическая интервенция. История метода .....	46
1.5.1 Описание метода.....	46
ГЛАВА 2. Характеристика материала и методы исследования .....	50
2.1 Процедура исследования.....	50
2.2 Характеристика выборки исследования.....	51
2.3 Методы исследования .....	53
2.3.1 Структурированное интервью для пациентов .....	54
2.3.2 Анкета для изучения оценки врачами степени приверженности терапии пациента .....	54
2.3.3 Психодиагностический метод .....	55
2.3.3.1 Опросник «Уровень комплаентности».....	55

2.3.3.2	Методика диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) ..	59
2.3.3.3	Методика «Уровень социальной фрустрированности» .....	65
2.3.3.4	«Метод мотивационной индукции» Ж. Нюттена .....	66
2.3.3.5	Метод прототипического анализа социальных представлений по П. Вержесу.....	69
2.4.	Методы математико-статистической обработки .....	70
ГЛАВА 3. Результаты клинико-психологического исследования пациентов с мочекаменной болезнью .....		72
3.1	Исследование степени приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью .....	72
3.2	Результаты сравнительного исследования согласованности оценок приверженности терапии врачами и пациентами с мочекаменной болезнью .....	75
3.3	Сравнительный анализ социально-демографических, психологических и клинических характеристик пациентов с разной степенью приверженности терапии.....	77
3.4	Результаты сравнительного исследования информированности о заболевании и лечении, степени сформированности установок на выполнение терапевтических назначений и поведенческих паттернов у пациентов с разной степенью приверженности терапии .....	84
3.5	Результаты сравнительного исследования типов отношения к болезни у пациентов с разной степенью приверженности терапии .....	85
3.6	Результаты исследования временной перспективы и мотивационной сферы у пациентов с разной степенью приверженности терапии.....	89
3.7	Результаты исследования уровня социальной фрустрированности у пациентов с разной степенью приверженности терапии .....	102
3.8	Результаты исследования социальных представлений о заболевании и терапии у пациентов с разной степенью приверженности терапии .....	103
3.9	Результаты исследования психологических факторов формирования приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью .....	110
ГЛАВА 4. Обсуждение результатов исследования .....		118
ВЫВОДЫ.....		137
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....		141
ЛИТЕРАТУРА.....		152
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 .....		174
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 .....		176
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 .....		179

## Введение

### Актуальность работы

Проблема приверженности терапии в современной медицине занимает одно из важнейших мест, так как оказывает существенное влияние на исход проводимого лечения. Всемирная Организация Здравоохранения обозначила проблему неприверженности терапии как «общемировую проблему поразительного масштаба» (World Health Organization, 2003). Ряд исследований выявляет особую важность приверженности терапии при хронических заболеваниях, поскольку длительные периоды приема медикаментов, модификация образа жизни выступают ведущими факторами в вопросах поддержания здоровья (Peterson et al., 2003; Osterberg, Blaschke, 2005). Однако отмечается (World Health Organization, 2003; Haynes et al., 2008), что большинство пациентов прекращают прием препаратов в течение полугода. Помимо очевидного влияния на исход заболевания, актуальным становится и вопрос экономической нагрузки на систему здравоохранения, что отмечают отечественные и зарубежные исследователи (Омельяновский с соавт., 2012; Wermelt et al., 2017; Lloyd et al., 2019). Кроме того, имеются исследования (Munakata et al., 2006), которые показывают, что затраты, направленные на разработку и внедрение методов по повышению приверженности терапии, способны значительно сократить затраты на терапию в случае рецидива заболеваний. Было показано, что ежегодные затраты, направленные на меры по повышению степени приверженности терапии в размере \$1600 на пациента, сокращают количество случаев прекращения терапии от 15% до 30%. Согласно этим данным, представленные затраты, направленные на повышение приверженности терапии, значительно меньше тех трат, которые возникают в случае отказа пациентов от терапии, что закономерно ведет к ухудшению состояния и последующему лечению (Munakata et al., 2006). Несмотря на то, что данные

результаты были получены зарубежными исследователями, можно предположить, что аналогичная ситуация наблюдается и в отечественной системе здравоохранения. Многочисленные исследования прошлых десятилетий и современные работы показали, что профилактические меры, направленные на предотвращение рецидивов заболевания, обходятся значительно дешевле терапевтических мер (Сартакова, 2020).

Особо пристальное внимание к вопросу приверженности терапии стало уделяться с середины прошлого столетия, однако тогда эта проблема чаще звучала как «не приверженность терапии». Более детальное рассмотрение терминологии повлекло за собой методологические сдвиги, в том числе и разработку новых концепций здоровья. Так, с развитием биопсихосоциальной модели вовлеченности пациента в процесс терапии начала отводиться большая роль в сравнении с традиционной медицинской моделью, где врач, как правило, занимал позицию «над», полностью руководя всей терапией. В процессе изучения феномена приверженности исследователями начали выделяться различные факторы, оказывающие влияние на степень приверженности терапии, которые условно принято разделять на факторы, связанные с пациентом, системой здравоохранения, медицинским персоналом и заболеванием. Однако более поздние исследования стали подчеркивать и значимость психологических факторов, которые на данный момент отчетливо не выделяются в отдельную категорию, либо относятся в группу факторов, связанных с пациентом. Вместе с тем многочисленные исследования указывают на их значительное влияние.

Таким образом, процесс терапии на сегодняшний день представляется сложным и многокомпонентным процессом. Он включает не только физиологические и биологические, но и психологические и социальные факторы (Лехциер, 2009; Кондратьев с соавт., 2014), что, безусловно, требует дальнейшего, более тщательного изучения отдельных его аспектов, в частности, приверженности терапии.

**Степень разработанности темы.** В клинике урологии также проводятся исследования, направленные на изучение личностных особенностей пациентов данной нозологической группы, их качества жизни. (Тюльпин, 2004; Трубецков с соавт., 2007; Тюрк, 2015; Заболеваемость населения Российской Федерации в 2013 году: Статистические материалы: [сайт]URL: [http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost\\_vsego\\_nas...](http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost_vsego_naseleniya_rossiyskoy_federatsii_v_2013_godu) bolevaemost\_2014.rar; Basulto-Martínez et al., 2020). Однако проблема приверженности терапии в данной группе по-прежнему остается недостаточно исследованной.

Мочекаменная болезнь или уролитиаз на сегодняшний день считается одним из самых распространенных в клинике урологии. Несмотря на появление новых методов лечения и профилактики, заболеваемость уролитиазом в нашей стране продолжает возрастать с 2002 года (Аполихин с соавт., 2011; Геворкян, 2017). Распространенность заболевания в Европе составляет 5-9%, в Азии — 1-5%, в Северной Америке — 13% (Ramello, 2000). Необходимо отметить высокую частоту рецидивирования заболевания. Согласно проведенным исследованиям около 50% пациентов имеют хотя бы один случай рецидива, а у 10% пациентов отмечается многократное рецидивирование (Тюрк, 2015). На повторное камнеобразование влияет ряд факторов, таких как химический состав конкремента, тяжесть заболевания, следование послеоперационным рекомендациям врача. При этом показано, что следование самым простым предписаниям врача способно значительно снизить риск рецидива. Так, потребление жидкости для достижения суточного объёма мочи не менее 2,5 литров снижает частоту рецидива мочекаменной болезни с 27 до 12,1% (Borghi et al., 1996), но по имеющимся данным, этой рекомендации следует менее 50% пациентов (Drongelen et al., 1998; Khambati et al., 2017).

В связи с вышесказанным, проведение исследований, направленных на выявление психологических факторов приверженности лечению у пациентов с мочекаменной болезнью и последующая разработка психологических

интервенций, способствующих повышению степени приверженности пациентов, представляется актуальным и необходимым.

**Целью** данного исследования являлось изучение индивидуально-психологических и социально-психологических факторов, влияющих на формирование приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью.

**Задачи исследования:**

1. Изучение степени приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью и согласованности ее оценок врачом и пациентом
2. Сравнительное изучение степени информированности о заболевании и терапии, сформированности установок на выполнение терапевтических назначений, сформированности поведенческих паттернов у пациентов с разным уровнем приверженности терапии.
3. Сравнительное изучение типов отношения к болезни у пациентов с разным уровнем приверженности терапии.
4. Сравнительное изучение временной перспективы и мотивационной сферы у пациентов с разным уровнем приверженности терапии.
5. Сравнительное изучение уровня социальной фрустрированности у пациентов с разным уровнем приверженности терапии.
6. Сравнительное изучение структуры социальных представлений о заболевании и терапии у пациентов с разным уровнем приверженности терапии.
7. Выявление психологических и психосоциальных факторов, в наибольшей степени влияющих на приверженность лечению у пациентов с мочекаменной болезнью.
8. Разработка основных принципов краткосрочного клинико-психологического вмешательства, направленного на повышения степени приверженности лечению пациентов с мочекаменной болезнью

**Объект исследования:** психологические факторы приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью.

**Предмет исследования:** структура социальных представлений о заболевании и терапии, информированность о заболевании, установки на выполнение врачебных назначений и поведенческие паттерны; уровень социальной фрустрированности, тип отношения к болезни, особенности временной перспективы и мотивации, взаимосвязь психологических, социально-демографических и клинических характеристик с приверженностью терапии у пациентов с мочекаменной болезнью.

**Общая гипотеза исследования:** Индивидуально-психологические и социально-психологические характеристики пациентов оказывают влияние на уровень приверженности терапии.

**Частные гипотезы исследования:**

- Адаптивные типы отношения к болезни повышают уровень приверженности терапии, а дезадаптивные – снижают.
- Повышение уровня социальной фрустрированности снижает степень приверженности терапии
- Осведомленность о заболевании повышает степень приверженности терапии
- Пациенты с высокой степенью приверженности терапии характеризуется большей протяженностью временной перспективы и преобладанием мотивационных объектов, направленных на физическое самосохранение.
- Пациенты с высокой степенью приверженности терапии характеризуется позитивными убеждениями относительно терапевтического процесса

**Теоретико-методологическими основаниями** настоящей работы составили представления о биопсихосоциальной природе человека, болезни и здоровье (Engel, 1977; Finegood, 2011; Карвасарский, 2006; Вассерман, 2011),



модель убеждений в отношении здоровья (Health Belief Model) (Rosenstock, 1974).

Понимание роли индивидуально-психологических факторов и социального окружения пациента в отношении заболевания и терапии основано на представлениях современной психосоматической медицины о влиянии указанных факторов на течение заболевания и последующей терапии. (Губачев, 1981; Березин с соавт., 1998; Соложенкин, 2003). В связи с этим в данной работе изучались индивидуально-психологические и психосоциальные характеристики пациентов с мочекаменной болезнью. Изучение отношения к терапии и заболеванию проводилось на основе концепции В.Н. Мясищева (2013, 2004), согласно которой личность выступает как система значимых отношений.

Изучение приверженности терапии проводилось в контексте современных представлений о феномене приверженности лечению и факторах, обуславливающих ее, в том числе, психологических (Елфимова, 2009; Власова, 2001; Урываев, 2011; Штрахова, Арсланбекова, 2011; Becker, Maiman, 1975)

**Методы исследования.** В настоящем исследовании применялись клиничко-психологический и психодиагностический методы.

1. Структурированное интервью для пациентов
2. Анкета для изучения оценки врачами степени приверженности терапии пациента
3. Опросник «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова (Кадыров с соавт., 2014)
4. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Вассерман с соавт., 2014)
5. Методика «Уровень социальной фрустрированности» (Вассерман с соавт., 2004)
6. Тест «Мотивационной индукции» Ж. Нюттена, в адаптации Н.Н. Толстых (Нюттен, 2004; Толстых, 2005)

## 7. Метод прототипического анализа П. Вержеса (Verges, 1992; 1994)

Математико-статистическая обработка данных включала: критерий  $\chi^2$ -Пирсона, критерий U-Манна-Уитни, метод логистической регрессии, общая линейная модель с повторными измерениями, двухфакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

**Научная новизна исследования.** Настоящая работа является первым в России клинико-психологическим и экспериментально-психологическим исследованием, посвященным изучению психологических факторов приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью и разработке методов краткосрочного вмешательства для данной нозологической группы, направленного на повышение приверженности терапии. Впервые на клинической выборке пациентов с мочекаменной болезнью был определен уровень приверженности лечению, проведена оценка степени информированности пациентов о заболевании, оценка сформированности установок и поведенческих паттернов к выполнению медицинских назначений и модификации образа жизни. Впервые в контексте приверженности лечению у пациентов с мочекаменной болезнью исследованы особенности мотивационной сферы и временной перспективы, тип отношения болезни и степень социальной фрустрированности. Изучены социально-демографические и индивидуально-психологические характеристики пациентов с мочекаменной болезнью. Построена регрессионная модель, позволившая определить факторы, влияющие на степень приверженности терапии. Установлено, что такими факторами являются информированность пациента о заболевании, степень сформированности установок и поведенческих паттернов на выполнение терапевтических назначений, а также индивидуально психологические особенности пациента (тип отношения к болезни, особенности временной перспективы и мотивационной сферы) и степень социальной фрустрированности. Впервые разработаны основные принципы и схема краткосрочного клинико-психологического вмешательства для пациентов с

мочекаменной болезнью, направленного на повышение степени приверженности лечению.

**Теоретическая значимость** настоящей работы заключается в том, что полученные данные развивают представления о феномене приверженности терапии в контексте хронических соматических заболеваний. Дополняются уже существующие сведения о личностных особенностях пациентов с мочекаменной болезнью, влиянии индивидуально-психологических и психосоциальных характеристик на степень приверженности терапии. Обоснована необходимость оценки индивидуально-психологических и психосоциальных характеристик пациентов, способных оказать влияние на следование медицинским рекомендациям. Обоснована необходимость дифференцированного подхода к организации психотерапевтической и образовательной работы с данной категорией пациентов на основе вероятностного подхода их приверженности терапии. В целом, результаты настоящего исследования вносят вклад в развитие современной психосоматической медицины.

**Практическая значимость исследования** состоит в том, что представленные данные могут способствовать разработке комплексных методов, направленных на повышение степени приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью. Выявленные психологические факторы в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии дают возможность определить мишени психокоррекционной работы, направленной на повышение степени приверженности терапии. Так, было показано, что степень сформированности установок на выполнение назначений в группе высокоприверженных пациентов значительно выше, что дает основание для предположений об их влиянии на степень приверженности терапии. Также было выявлено, что на степень приверженности лечению достоверно оказывают влияние адаптивные реакции на заболевание. Полученные результаты позволяют рассматривать тип отношение к болезни и степень

сформированности установок на выполнение назначений врача в качестве наиболее значимых мишеней клинико-психологических вмешательств, направленных на повышение приверженности лечению у пациентов с мочекаменной болезнью. Таким образом, полученные результаты могут послужить основанием для внедрения специализированных программ подготовки медицинского персонала для работы в рамках стационарного и амбулаторного лечения пациентов с мочекаменной болезнью. Разработанный метод психологической интервенции, направленный на повышение степени приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью, может быть положен в основу других комплексных подходов для повышения приверженности терапии пациентов с данным заболеванием, что позволит восполнить имеющийся дефицит методов психологической интервенции в клинике мочекаменной болезни.

**Положения диссертационного исследования, выносимые на защиту.**

1. Психологические факторы оказывают влияние на степень приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью. Пациенты с разной степенью приверженности терапии характеризуются разными индивидуально-психологическими и психосоциальными характеристиками.

2. Среди изученных индивидуально-психологических характеристик пациентов с мочекаменной болезнью наибольшей прогностической информативностью в контексте приверженности терапии обладают такие психологические феномены как тип отношения к болезни и социальная фрустрированность.

3. Пациенты с высокой и средней степенью приверженности терапии имеют одинаковый уровень осведомленности о заболевании, при этом характеризуются разной степенью сформированности установок на выполнение врачебных назначений.

**Степень достоверности исследования.** Обеспечивается за счет содержательного анализа современной отечественной и зарубежной

литературы по теме исследования; репрезентативности выборки пациентов с мочекаменной болезнью; применением средств математико-статистической обработки полученных результатов. В ходе проводимого исследования использовались валидные методики; уточнение информации в медицинской документации; беседа с лечащими врачами.

**Личный вклад автора.** Разработка дизайна исследования на основе предварительного анализа русскоязычной и англоязычной литературы, разработка анкет пациента и для экспертной оценки врача, подготовка стимульного материала проводилась автором работы. Автор самостоятельно проводила обследование пациентов, беседу с лечащими врачами и оперирующими хирургами, анализ имеющейся медицинской документации, математическую обработку полученных данных. На основе исследования автором были разработаны методы психологической интервенции для пациентов с мочекаменной болезнью, направленные на повышение степени приверженности терапии, а также практические рекомендации для лечащих врачей.

**Апробация результатов.** Материалы диссертации и результаты исследования представлены в 5 публикациях, из них 3 — в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК для опубликования результатов диссертационных исследований:

Гаджиев, Н.К., Васильева, А.В., Зайцева, Д.В., Горелов, Д.С., Гелиг, В.А., Обидняк, В.М., Когай, М.А., Петров, С.Б. Применение краткосрочного психотерапевтического вмешательства для улучшения приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью // Вестник урологии. – 2020. Т. 8. № 3. – С. 120 – 133;

Зайцева, Д.В. Анализ степени приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью на этапе стационарного лечения // Вестник психотерапии. – 2022. Т. 3. № 83. – С. 40 – 48.

Зайцева, Д.В. Краткосрочное психологическое вмешательство в урологической клинике // Вестник психотерапии. – 2023. №87. – С. 38 – 48;

Результаты исследования были обсуждены на заседаниях кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета; представлены тезисы на Международной научной конференции «Ананьевские чтения – 2021. 55 лет факультету психологии в СПбГУ: Эстафета поколений». Санкт-Петербург, Россия, 19-22 октября 2021 г.

**Структура и объем диссертации.** Исследование представлено на русском и английском языках в двух томах, соответственно. Русский вариант текста представлен на 180 страницах. Работа состоит из введения, четырех глав, выводов, заключения и практических рекомендаций, списка литературы из 198 источников (84 на русском, 114 на английском), 3 приложения. В основном тексте диссертации использованы 23 таблицы и 11 рисунков.

## **ГЛАВА 1. Аналитический обзор по теме исследования**

В настоящей главе представлен анализ современных теоретических взглядов на проблему приверженности терапии в медицине, а также связанной с ней терминологии. Рассматривается вопрос оценки приверженности терапии и факторов, способных оказать на нее влияние. Приводится характеристика мочекаменной болезни (МКБ), основных методов ее лечения и профилактики. Особое внимание уделено факторам риска повторного камнеобразования и возможных осложнений. Рассматриваются современные представления о влиянии психологических факторов на терапию и реабилитационный процесс.

### **1.1 Развитие взглядов на проблему здоровья**

Проблема здоровья людей не теряет своей актуальности на протяжении многих веков. На сегодняшний день, несмотря на развитие медицины, появление новых методов диагностики и лечения различных заболеваний, эта проблема по-прежнему остается нерешенной, т.к. включает не только практические, но и методологические, этические и другие аспекты терапии. На сложность и неоднозначность данной проблемы указывает отсутствие единого принятого определения здоровья. Существуют различные взгляды и подходы к вопросам здоровья, которые доминировали в медицине в тот или иной период времени. В этой связи представляется целесообразным кратко рассмотреть основные концепции здоровья, оказавшие влияние на существующие разнообразные определения понятия здоровья.

Медицинская модель подразумевает конкретные медицинские признаки и характеристики здоровья, таким образом, под здоровьем понимается отсутствие болезней и их симптомов.

Биомедицинская модель рассматривает здоровье как отсутствие органических патологий, а также отсутствие субъективных ощущений

нездоровья. Именно биологические факторы выделяются в качестве основных критериев здорового функционирования человека и его жизнедеятельности.

Биосоциальная модель. В данной концепции помимо биологических факторов отмечается и важность социальных, которые рассматриваются в единстве, однако при этом социальным факторам отводится ведущая роль.

Ценностно-социальная модель. В рамках данной модели здоровье является главной ценностью, выступающей основой полноценной жизни индивидуума, удовлетворения как материальных, так и духовных потребностей, участие в культурной, социальной, научной и других видах деятельности. Данная модель наиболее близка к определению здоровья, установленного ВОЗ (Никифоров, 2006).

В данной работе мы будем придерживаться определения, предложенное Всемирной Организацией Здравоохранения. ВОЗ определяет здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1948). Подобное определение здоровья приводит к аксиологическому пониманию здоровья как целостной системы (в отличие от узкомедицинского подхода).

Сама идея системного подхода в отечественной психологии связана с именами В.М. Бехтерева, А.Ф. Лазурского, В.Н. Мясищева, Б.Ф. Ломова. Наиболее важным принципом системного подхода является принцип иерархичности. Таким образом, человек выступает сложной живой системой, а значит, он функционирует на разных, но связанных между собой уровнях функционирования: биологическом, психологическом и социальном. Следовательно, на каждом из указанных уровней, здоровье человека имеет характерные проявления (Никифоров, 2006).

Основной подход, на котором основывается большинство современных терапевтических моделей – биопсихосоциальный. В качестве примера можно рассмотреть пациент-центрированную модель терапии, которая приводит к созданию таких методов работы как организация команды специалистов для



индивидуальной работы с каждым пациентом (иллюстрацией служит The Patient-Centered Medical Home). Данная модель начала формироваться в 80-е годы прошлого столетия в педиатрии (Hayden, 2012). Однако на сегодняшний день она распространилась и на другие сферы медицины. Суть данной терапевтической модели заключается в том, что создается целая команда не только медицинских работников, но и специалистов смежных областей, которые поддерживают пациента, его семью и способствуют его дальнейшей адаптации. Есть исследования, посвященные изучению данной модели, которые показывают успешность программы, в частности, снижение количества обращений пациентов в службу экстренной помощи за счет консультаций со специалистами по средствам дополнительной связи: e-mail, телефон, специальных визитов. Таким образом, можно добиться большей приверженности пациентов к терапии и снижению процента случаев наступления критического ухудшения здоровья за счет своевременного обращения за консультацией к специалистам (Reid et al., 2009). Подобной модели придерживаются: Американская остеопатическая ассоциация (АОА), Американский колледж терапевтов (АСР), Американская Академия Педиатров (ААР), Американская академия семейных врачей (ААФР) (Gottstein et al., 2021).

### **1.1.1 Биопсихосоциальный подход**

Биопсихосоциальный подход – это подход, пришедший на смену биомедицинскому. Он основан на предложенной в 70-х годах прошлого столетия модели Дж. Энджела, указывавшего на недостаток узкомедицинского подхода, который характеризовался отрывом от социальных, культурных и психологических факторов, поскольку отсутствие объективных симптомов заболевания зачастую не приводит к выздоровлению пациента (Engel, 1977). Примером могут послужить статистические данные, полученные разными исследователями. Так, было

выявлено, что около 80% пациентов, обращающихся с такими жалобами как головные боли, боли в спине, не имеют никакой органической патологии, которая могла бы обуславливать подобное состояние пациента (Blackwell, 1973; Deyo, 1986).

Биопсихосоциальная модель отражает необходимость системного подхода к вопросам здоровья и болезней. Если еще 30-40 лет назад все основное внимание было уделено преимущественно диагностике физиологических показателей (так называемых, объективных), то на данном этапе развития медицины и терапии принято рассматривать все аспекты функционирования и жизнедеятельности человека.

Психосоциальный компонент отражает субъективные компоненты восприятия пациентом заболевания: личное отношение к нему, каким образом патология влияет на его привычный образ жизни, на семейные, дружеские и рабочие отношения. Кроме того, невозможно исключить и влияние культуры на восприятие заболевания и отношение окружающих к болеющему человеку (Вассерман с соавт., 2008).

**Недостатки биопсихосоциального подхода.** Несмотря на то, что описанный подход охватывает практически все основные аспекты терапевтических взаимоотношений, в данной модели можно выделить и ряд недостатков.

Основной недостаток данного подхода заключается в используемых исследовательских методах. Если узкомедицинский подход, который господствовал несколько прошлых десятилетий, имел в своем распоряжении объективные методы обследования, то с включением в структуру гуманитарных направлений, таких, как например, психология и социология, ситуация усложнилась в связи с тем, что данные науки не могут предложить объективных методов измерения.

Большинство методов, использующихся в психологии для исследования культурных, смысловых, мотивационных, личностных и др. конструктов, носят характер самоотчета или описательный характер, что для

медицины ново само по себе. Если количественные характеристики, получаемые в медицинских науках, легко контролируемы и статистически предсказуемы, то для качественного метода подобные стратегии принципиально невозможны. Однако, несмотря на это, качественные методы продолжают активно внедряться в медицинские обследования. Корректное использование количественных методов в совокупности с качественными позволит более целостно рассматривать различные аспекты жизни пациента.

В силу того, что биопсихосоциальный подход пришел на смену биологическому относительно недавно, проблема количественных и качественных методов, их соотношения, корректного внедрения последних до сих пор остается задачей на стадии решения.

### **1.1.2 Субъективное восприятие боли**

В контексте биопсихосоциального подхода целесообразно кратко рассмотреть проблему различий между «заболеванием» и «расстройством», потому что она выступает удачным примером, иллюстрирующим различия в восприятии собственного состояния пациентом, а, следовательно, важность включения психологического и социального компонентов в процесс терапии.

Заболевание принято определять, как «объективное биологическое событие», которое связано с непосредственным нарушением анатомической целостности ткани органа или системы органов, а также нарушение функционирования, связанное также с непосредственным нарушением физиологического субстрата (Mechanic, 1986). В свою очередь, «расстройство» есть субъективное переживание, возникающее при заболевании и вызывающее физический дискомфорт. Таким образом, расстройство – это то, как человек и его социальное окружение реагируют на возникающие симптомы заболевания и последующие изменения в жизни больного. Очевидно, что разница между заболеванием и расстройством аналогична разнице между болью и ноцицепцией. Ноцицепция –

физиологический процесс, заключающийся в передаче сигнала о повреждении ткани в мозг; в свою очередь, боль есть субъективное переживание явления сенсорной стимуляции, которое преломляется через личностные особенности индивидуума и его опыт (Данилов, 2010).

Таким образом, биопсихосоциальный подход рассматривает заболевания как динамический процесс, в структуру которого входят биологические, социальные и психологические факторы, имеющие двустороннее взаимодействие. Биологические детерминанты заболевания способны влиять на поведение больного человека, изменяя его тем или иным образом, так же, как и на систему его взаимоотношений с социальным окружением. В свою очередь психологическое состояние человека способно оказывать обратное влияние на биологическое состояние: на его вегетативную систему, на выработку гормонов, изменяя, таким образом, биохимические процессы в головном мозге, его структуру (Herta, Dennis, 1985; Kyngäs, Lahdenperä, 1999). Данная концепция лежит в основе ряда исследований и в рамках урологии, а также создания комплексных терапевтических программ (Смирнов с соавт., 2015). Данные примеры отсылают к психофизической и психофизиологической проблемам, которые в психологии и философии остаются нерешенными с XVII века.

Ранее упоминалось, что физическое состояние пациента, его субъективное восприятие боли может влиять на его психологическое состояние и поведение (Данилов, 2010). Наиболее яркий пример в этом ключе – это взаимосвязь выраженных болевых симптомов и приверженность терапии. Есть ряд исследований в различных областях медицины, при различных заболеваниях, которые демонстрируют большую приверженность терапии среди пациентов именно с наличием боли и снижение уровня приверженности при снижении болевых симптомов. Однако чрезмерно длительные болезненные переживания (именно физиологические) способны также снизить уровень приверженности терапии пациента и негативно отразиться на его качестве жизни (Hayden, 2012).

В этом контексте также представляется целесообразным рассмотреть концепцию внутренней картины болезни.

### 1.1.3 Внутренняя картина болезни

В контексте субъективного восприятия боли и заболевания также важно обратиться к такому феномену как «внутренняя картина болезни», которая имеет непосредственное влияние на формирование приверженности терапии и ее степень.

Термин «внутренняя картина болезни» (ВКБ) был предложен Р. А. Лурией в 1935 году и развивал идеи А. Гольдшейдера об «аутопластической картине заболевания». В структуре ВКБ Р. А. Лурия выделил два уровня субъективной картины заболевания: сенситивный и интеллектуальный. Сенситивный уровень представляет собой ощущения, связанные с заболеванием; интеллектуальный – мысли и рассуждения пациента о его заболевании, самочувствии и состоянии (Лурия, 1977).

Позже В. В. Николаева добавила в данную модель эмоциональный и мотивационный компоненты (Николаева, 1987). Таким образом, было выделено четыре уровня внутренней картины болезни:

1. Сенсорный – совокупность болезненных ощущений
2. Эмоциональный – эмоциональные реакции на заболевание
3. Интеллектуальный – знания, представления пациента о заболевании и лечении
4. Мотивационный – отношение пациента к заболеванию, стремление к изменению образа жизни для возвращения и сохранения здоровья

Между данными компонентами возможны различные соотношения. Например, в случае неадекватного отношения пациента к заболеванию, возможна смена иерархии потребностей и как следствие, изменение в личностной сфере, а значит и изменение типа социальных взаимоотношений.

Субъективное восприятие болезни человеком изучалось рядом отечественных авторов, что повлекло за собой возникновение множества сходных по смыслу понятий. Например, по определению Е. А. Шевалева «переживание болезни» – это чувственный и эмоциональный фон, где проявляются представления и ощущения, связанные с болезнью пациента. Автором было выделено шесть типов переживания болезни (Шевалев, 1936). Понятие «реакция адаптации» использовалось О. В. Кербиковым и означает совокупность приемов пациента, направленных на преодоление осознания физических и психических ограничений и недостатков, вызываемых заболеванием (Кербиков, 1971). В качестве других примеров можно привести такие понятия как «позиция к болезни» Я. П. Фрумкина, «отношение к болезни» Л. Л. Рохлина, которое автор определяет как «сознание болезни».

Таким образом, внутренняя картина болезни представлена как целостный и многокомпонентный психологический феномен, который отражает индивидуальные особенности переживаний пациента, связанных с его заболеванием, и его личностный смысл (Вассерман с соавт., 2008). Согласно А. Ш. Тхостову личностный смысл может быть негативным, позитивным, либо конфликтным. Под негативным личностным смыслом понимается преобладание психологических защит как, например, отрицание, вследствие которых происходят изменения степени осознанности существующей угрозы (болезни). Причина формирования реакции отрицания – невыносимость настоящего положения вещей для пациента, особенно при немотивированных проявлениях тревоги и страха. В крайнем случае, возможно развитие дезадаптивного поведения в виде патологического отрицания болезни, что, в первую очередь, препятствует получению медицинской помощи. Следовательно, негативный личностный смысл может препятствовать полноценному функционированию человека и реализации его потребностей. Позитивный личностный смысл может быть охарактеризован как стремление пациента извлекать выгоду из сложившейся ситуации болезни. В свою очередь, конфликтный личностный смысл

возникает, когда болезнь благотворно влияет на достижение определенных мотивов, но при этом препятствует другим. Например, при возникновении угрозы жизни от заболевания у пациентов может актуализироваться мотив сохранения жизни, занимающий главную позицию относительно его деятельности (Конради, 2007; Сирота, Ярославская, 2011).

Другая модель, которая была предложена Т. Н. Резниковой и В. М. Смирновым, основывается на понятии «церебральное информационное поле болезни» (ЦИПБ). Данный конструкт представляет собой относительно стабильную функциональную мозговую структуру, формирующуюся на основе информации, которая относится к заболеванию пациента. Церебральное информационное поле болезни имеет и материальный субстрат – матрицы долговременной памяти, которые фиксируют поступающую информацию о нарушенных процессах функционирования организма. Особое место в организации ЦИПБ занимает система схемы тела, благодаря которой различные ощущения дискомфорта и/или зоны боли вписаны в пространственные координаты тела. «Модель болезни» - есть функциональный центр психологической зоны церебрального информационного поля болезни, которая включает в себя следующие субмодели: логическую, сенсорно-эмоциональную и субмодели основных нарушений.

Образование программ и целей личности, направленных на борьбу с заболеванием, являются следствием формирования модели болезни и потребности в ее преодолении. Эмоционально-мотивационное поведение формируется ответом на потребность в избавлении от различных проявлений заболевания и его целью выступает получение лечения. Далее формируется «модель прогноза» болезни, базируясь на которой формируется «модель ожидаемых результатов лечения». Следующий этап – формирование «модели получаемых результатов исследования». Таким образом, ведущая роль в формировании внутренней картины болезни отводится личности (Сирота, Ярославская, 2011).

Р. М. Войтенко выделяют факторы, которые обуславливают внутреннюю картину болезни: биологические (все, что связано с изменением соматического состояния, травмы, интоксикации и т.д.), социогенные (связаны с изменением взаимоотношений пациента с его близким окружением) и аутопсихологические (связаны с самооценкой пациента, его оценкой и восприятием себя, своей судьбы) (Войтенко, 1981).

В модели В. А. Ташлыкова структура ВКБ представлена тремя аспектами: когнитивным, эмоциональным и мотивационно-поведенческим. Когнитивный аспект определяется физической или психогенной концепцией болезни, которая формируется у пациентов в ходе переживания болезненных ощущений. Так называемая «соматическая концепция» формируется из основных представлений пациента о тех физических болезненных процессах, происходящих в его организме. В свою очередь «психогенная концепция» включает представления пациента о психологических причинах болезни. Эмоциональный компонент – это преобладающие типы переживания болезни (депрессивный или фобический), мотивационно-поведенческий представлен особенностями самооценки, патогенной ситуации и конфликта, а также системы адаптации – психологические защиты, приверженность терапии, формирование соответствующего образа жизни (Ташлыков, 1984).

Психологический анализ, с точки зрения концепции В. Н. Мясищева, рассматривает отношение к болезни в трех смысловых ракурсах: эмоциональном, поведенческом и когнитивном. Таким образом, эмоциональный компонент отражает чувства и переживания пациента, вызванные заболеванием; мотивационно-поведенческий – иллюстрирует формирование стратегий поведения пациента в условиях имеющегося заболевания (например, борьба с заболеванием или ее игнорирование, позитивные или негативные установки, принятие или отрицание «роли» больного), адаптивные или дезадаптивные реакции на болезнь; когнитивный – информированность пациента о заболевании, его осознание, понимание



степени влияния заболевания на его жизнь и возможные прогнозы (Вассерман, Щелкова, 2014).

Большая часть исследователей данного феномена выделяет преимущественно три фактора, которые влияют на формирование отношения к болезни (Там же):

1. Преморбидные особенности личности
2. Природа заболевания
3. Социально-психологические факторы

Таким образом, рассмотрение отношения к болезни с точки зрения психологии отношений включает в себя анализ всех трех вышеуказанных факторов в силу того, что отношение к болезни, как и любое другое отношение, есть индивидуальное, избирательное и сознательное, следовательно, оно отражает как индивидуальный, так и личностный уровень. Любое отношение имеет субъективно-объективный характер, оно выступает содержательным явлением и не рассматривается вне или субъекта данных отношений. Кроме того, отношение к болезни, как и любое другое отношение, формируется в определенной среде, микросоциуме и в обществе вообще, которые имеют какое-либо представление о заболевании, о том, как «больному» следует «себя вести» в рамках данного заболевания и о возможных психосоциальных последствиях, связанных с данной конкретной болезнью.

Отношение к болезни не может рассматриваться изолированно, т.к. является элементом психологического анализа целостной системы отношений. Кроме того, отношение пациента к заболеванию приобретает высокую значимость, поэтому может влиять и на другие отношения человека. Следовательно, для комплексного рассмотрения феномена отношения к болезни важно учитывать более широкий контекст с учетом отношения к сферам личности пациента, на которые может влиять как заболевание, так и само отношение пациента к нему.

Также важно упомянуть, что субъективная картина восприятия собственного заболевания пациентом непосредственно влияет на ход терапии. В данном ключе проведен ряд исследований, результаты которых показывают, что когнитивный аспект восприятия болезни непосредственно влияет не только на приверженность терапии, но также и на то, как меняется при этом самовосприятие пациента, как меняется его привычный уклад жизни (Ялтонский, Абросимов, 2015; Vasigalure, 2015).

Таким образом, можно отметить, что рассмотренные выше понятия, соотносящиеся с внутренней картиной болезни, отражают индивидуальные переживания пациента в ситуации болезни. В этом ключе имеет смысл рассмотреть понятие качества жизни пациентов.

#### **1.1.4 Качество жизни пациентов**

Другой аспект, который подтверждает важность именно системного подхода в терапии – исследования качества жизни пациентов с различными заболеваниями. В отличие от внутренней картины болезни качество жизни выступает междисциплинарным понятием и отражает холистический подход к пациенту в рамках терапии. Более того, Всемирная Организация Здравоохранения призывает рассматривать качество жизни пациента как основной критерий эффективной терапии в условиях отсутствия объективной угрозы здоровью пациента. Важно, что субъективные переживания пациента выходят на первый план в определенной степени как противоположность объективным клиническим и диагностическим показателям. Таким образом, качество жизни выступает интегральной единицей не только физических характеристик пациента, но и психологических, и социальных, в основе которых лежит субъективное восприятие состояния собственного здоровья человека и общего благополучия (Вассерман, Щелкова, 2014).

В методологическом аспекте изучения качества жизни с точки зрения целостного обеспечения пациента необходима всесторонняя оценка, включающая субъективный опыт, систему отношений, информированность.

Согласно существующим работам пациенты, особенно с хроническими заболеваниями, часто вынуждены полностью менять свой уклад жизни, что, безусловно, не может не отразиться на их семейных, рабочих, дружеских и прочих взаимоотношениях (Абрамов, Исурина, 2013; Кондратьев с соавт., 2014; Кузнецкий, Курбатов, 2007; Петров с соавт., 2010; Рязанцев с соавт., 2013). Результаты этих же исследований показывают, что комплексная терапия (включение психотерапии, обучения пациентов и дополнительных консультации) способна значительно улучшить качество жизни пациентов и облегчить их дальнейшую адаптацию.

## **1.2 Приверженность терапии. Формирование понятийного аппарата**

Рассмотренные подходы к понятию здоровья и связанные с ним такие феномены как внутренняя картина болезни и качество жизни, непосредственно соотносятся с проблемой приверженности терапии. Ряд современных исследований показывает, что низкий уровень качества жизни пациентов, особенно с хроническими заболеваниями, ведет к снижению уровня приверженности терапии, либо негативно влияет на его поддержание на необходимом для успешной терапии уровне. Например, низкая приверженность терапии наблюдается у пациентов, которые должны принимать препараты в течение длительного времени (язвенная болезнь, бронхиальная астма, неспецифический язвенный колит, ревматоидный артрит и др.), следовать сложным больничным предписаниям (например, сложные схемы приема лекарственных препаратов в совокупности с медицинскими процедурами) (Dawood, 2010). Кроме того, около 66% пациентов прекращают прием препаратов из-за страха побочных эффектов

или возможного вреда от предписанного лечения (Benson, 2003). Здесь мы сталкиваемся с одним из факторов, который препятствует формированию высокого уровня приверженности терапии – недостатком информации и знания пациента о его заболевании, возможных методах терапии, их плюсах и минусах.

Итак, формирование новых моделей терапии требовало развитие нового понятийного аппарата. Таким образом, к настоящему моменту образовался ряд понятий, которые характеризуют один и тот же феномен, но с разных его сторон. Далее будут рассмотрены основные понятия, которые встречаются в литературе чаще других: комплаенс, приверженность (к) терапии, согласие с терапией.

### **1.2.1 Комплаенс (compliance)**

Основное понятие, принятое в медицине, которое описывает поведение пациента, взаимодействие врача и пациента в рамках терапии – это комплаенс, compliance (в переводе с англ. «поведение в соответствии с запросом или указанием; повиновение», Cambridge Dictionary). Проблеме комплаенса начали уделять особо пристальное внимание с начала текущего столетия, но изначально она звучала как «неследование» терапии (noncompliance) и именно этому явлению было посвящено большее количество исследований. Самые ранние работы датированы еще 70-ми годами прошлого столетия (Becker et al., 1975; Blackwell, 1973), но тогда эта проблема не стояла так остро как сейчас, по крайней мере, в отечественной медицине.

Основная проблема заключается в том, что на данный момент нет единого принятого определения термина «комплаенс». Термин может обозначать совокупность процедур: прием медикаментов и правильность их приема, выполнение нелекарственных назначений (физические упражнения, диета), формирование здорового образа жизни в целом (Haynes et al., 2012;

Jin et al., 2008; Rafii et al., 2014). Также он может означать употребление только в узкомедицинском смысле, т.е. только прием медикаментов (Cramer et al., 2008). Таким образом, в зарубежной литературе можно встретить, обе интерпретации данного термина. Некоторые отечественные авторы также указывают на возможность использования и той, и другой версии интерпретации термина «комплаенс» (Лехциер, 2009).

Недостаток системности определения приводит к усложнению международных исследований данного явления. Кроме того, термин широко используется не только в медицине, но и юриспруденции, бизнес-среде, банковском деле и т.д. На русский язык этот термин чаще всего переводится дословно.

Результатом неудавшихся попыток создания общепринятого определения явилось возникновение синонимичных выражений, которые в одних случаях используются как взаимозаменяемые понятия, а в других – как два принципиально разных термина. Например, в статье Крамера Дж. приводится точка зрения, согласно которой медикаментозный комплаенс (medical compliance) есть синоним для приверженности терапии (adherence) (Cramer et al., 2008). К такому же выводу приходит Гарднер К. и еще ряд исследователей (Bissonnette, 2008; Khair, 2014).

Другие авторы, напротив, указывают, что термин комплаенс имеет негативную окраску, поскольку указывает на пассивную и подчиненную роль пациента в терапевтических взаимоотношениях, и стремятся использовать в своих работах иную терминологию (Playle et al., 1998; Vermeire et al., 2001; Kisa, 2003; Stromberg, 2006). В этом контексте появляется проблема так называемой патерналистской модели взаимодействия врача и пациента, где последнему отводится позиция пассивно следующего за авторитарной фигурой врача. Однако современные реалии показывают, что для успешного процесса терапии необходимо активное включение самого пациента в лечебный процесс и распределение ответственности. Кроме того, сугубо физический подход врача к проблеме болезни пациента только провоцирует

дополнительное недопонимание в процессе терапии, на что обращают внимание как отечественные авторы (Лехциер, 2009), так и зарубежные (Боррел-Каррио, 2006).

Несмотря на это, употребление термина «комплаенс» до сих пор широко распространено и может иметь как узкое значение, касающегося только приема препаратов, так и более широкое определение – следование всем медицинским рекомендациям. Подобное явление наблюдается как в англоязычной литературе, так и в отечественной.

### **1.2.2 Приверженность терапии (adherence)**

В 2003 году Всемирная Организация Здравоохранения ввела в употребление термин «приверженность терапии/лечению» (adherence), определив его как «степень, в которой поведение человека – прием лекарств, соблюдение [диеты] и / или изменение образа жизни – соответствует согласованным рекомендациям поставщика медицинских услуг».

Однако, несмотря на то, что ВОЗ ввела в употребление данный термин и дала ему определение, в литературе до сих пор встречаются случаи употребления понятия «приверженность терапии», т.е., как в узкомедицинском смысле – принятие медикаментов, следование режиму принятия лекарств и дозировок, так и в более широком, который включает в себя и медикаментозное лечение, и немедикаментозное.

Сложность изучения данного явления заключается том, что приверженность терапии есть междисциплинарное понятие и факторы, влияющие на приверженность терапии, могут варьироваться от дисциплины к дисциплине.

В данный момент принято выделять следующие факторы, влияющие на приверженность терапии: факторы, связанные с пациентом (с его личностью, социо-демографическими характеристиками и т.д.), факторы, связанные с врачами, и факторы, связанные с системой здравоохранения в целом.

Каждый указанный фактор делится еще на ряд факторов, учесть которые практически невозможно. Именно такое подробное разделение и классификация факторов, определяющих приверженность терапии, лежат в основе исследовательских проблем. Практически невозможно разработать метод, который бы мог исследовать все аспекты приверженности терапии пациента. Более того, в каждом конкретном заболевании выделяется ряд специфических факторов, которые принципиально важны, и их необходимо учитывать при измерении уровня приверженности пациента. В настоящий момент существует несколько не только психологических, но и общемедицинских методик, которые оценивают отдельные аспекты приверженности терапии.

На основании анализа литературы можно отметить следующую тенденцию – понятие «приверженность терапии» пришло на смену «комплаенсу» как имеющее менее негативную коннотацию, которая традиционно связывалась с тем, что врачу отводилась большая доминирующая над пациентом роль (Murphy et al., 2001). В случае с употреблением термина «приверженность терапии» этот акцент смещается на процесс коммуникации и отведение пациенту большей автономии и ответственность за ход лечения.

### **1.2.3 Согласие с терапией (concordance)**

Условно время появления данного понятия связывают с выходом в 1997 году работы «From Compliance to Concordance: Achieving Shared Goals in Medicine Taking», выпущенной Королевским Фармацевтическим сообществом. Именно тогда была предложена новая модель взаимодействия пациента и врача, отводящая большую роль пациенту в процессе терапии. Важно упомянуть, что, в первую очередь, тогда речь шла о медикаментозном лечении, о большей информированности пациента: какой препарат, в какой дозировке, обсуждение альтернатив и возможных побочных эффектов

(Kyngäs et al., 1999). Такой же подход продвигался и в область гормональной контрацепции – большей информированности женщин о действии препарата, дозировках и т.д. (Foster et al., 1998).

Позднее этот подход постепенно распространился и на другие сферы медицины и стал относиться не только к медикаментозному лечению, но и к процессу терапии в целом, таким образом, акцент на большей информированности пациента постепенно сместился в сторону большего участия пациента, обсуждении терапии как таковой, методов лечения.

Другие авторы связывают появление данного термина с развитием в медицине биопсихосоциального подхода, согласно их работам, конкордантность трактует процесс лечения как сотрудничество пациента и врача на условиях равноправия обоих участников (Vermeire et al., 2001; Horne et al., 2005; Трубецков с соавт., 2007).

На сегодняшний день понятие «согласие с терапией» (concordance) в своем самом распространенном значении подразумевает большую вовлеченность пациента в процесс терапии, которая включает и возможность открытой дискуссии с врачом по поводу лечения.

Однако здесь, так же как и в случае двух предыдущих терминов, нет общепринятого значения. Некоторые авторы используют термин в значении «состояние или условия соглашения, гармонии, которые достигаются посредством переговоров в терапевтическом альянсе. Это такой тип партнерства, в котором обе стороны равны» (Chakrabarti, 2014; Stromberg, 2006).

Несмотря на то, что в литературе данный термин встречается достаточно часто, сама концепция не получила широкого распространения в силу того, что зачастую чрезмерно активная позиция пациента, его попытки участвовать в лечении наравне с квалифицированными специалистами, способны замедлить процесс терапии или навредить ему.



В отечественных работах употребление термина «согласие с терапией» практически не встречается, как и сама идея, лежащая в основе терминологии.

В данной работе, мы будем придерживаться предложенного ВОЗ определением – приверженность терапии.

#### **1.2.4 Социодемографические факторы приверженности терапии**

Социально-демографические факторы приверженности терапии в настоящее время является предметом пристального внимания не только врачей, но и психологов (Horne et al., 2005; Jin et al., 2008; Fritsche et al., 2012; Шепелева с соавт., 2019).

В настоящее время существует большое количество исследований социально-демографических, социально-экономических и др. факторов приверженности терапии как при хронических, так и при острых заболеваниях. Поэтому мы не будем подробно рассматривать этот вопрос, а лишь кратко рассмотрим основные факторы, которые в контексте данной работы имеют значение.

Один из самых значимых критериев, который выделяется в научных работах при исследованиях различных нозологических контингентов – семейное положение (Викторова с соавт., 2014; Sherwood, 1983). Согласно имеющимся данным пациенты, которые состоят в браке или имеют близкие и доверительные взаимоотношения, менее подвержены риску некомплаентного поведения, чем пациенты, которые имеют сложности в межличностных взаимоотношениях или разведены. Исследователи объясняют данные результаты тем, что в семьях пациенты способны получить поддержку и заботу, которые способны мотивировать пациента на прием препаратов, формирование соответствующего образа жизни (Викторова с соавт., 2014; Sherwood, 1983 Arafa et al., 2010; Pereira, 2017).

При изучении гендерных аспектов этой проблемы получены противоречивые результаты. Так, некоторые авторы утверждают, что между мужчинами и женщинами нет каких-либо значимых отличий по критерию приверженности терапии (Kiortsis et al., 2000; Vik et al., 2004). Другие считают, что для женщин чаще характерно комплаентное поведение, чем для мужчин (Нелидова с соавт., 2015; Kyngäs et al., 1999; Balbay et al., 2005; Lertmaharit et al., 2005).

Также имеются работы, которые демонстрируют взаимосвязь личностных характеристик и социо-демографических, т.е., каким образом различные социальные и демографические факторы могут оказывать влияние на пациента, в зависимости от его типа личности, в условиях лечения заболевания (Шепелева с соавт., 2019; Jin et al., 2008).

Другой фактор, который также зачастую имеет немаловажное значение – возраст пациента. Есть данные, что в случае некоторых заболеваний пациенты с возрастом становятся более приверженными терапии (Vermeire et al., 2001). Согласно другим источникам, пациенты более старшего возраста менее привержены терапии (Balbay et al., 2005; Hayden, 2012). Однако объясняется подобное снижение приверженности лечению тем, что зачастую пожилым пациентам бывает сложно понять схему приема препаратов или спланировать весь тот режим, который назначается лечащим врачом. Другая причина низкой приверженности кроется в забывчивости пациентов, которая с возрастом встречается у достаточно широкого круга лиц (Hayden, 2012).

Рассмотрев наиболее значимые социодемографические характеристики, следует отметить, что многие из них тесно связаны с областью психологии. Поэтому создание программ для повышения приверженности терапии пациентов с различными заболеваниями будет более успешным с привлечением психологов, т.к. зачастую именно личностные черты пациента играют ключевую роль в его восприятии не только ситуации болезни, но и той социальной обстановки, которая имеется на момент болезни.

### **1.2.5 Роль взаимоотношений между врачом и пациентом в контексте приверженности терапии**

Как уже упоминалось ранее, современная медицина переходит к основам биопсихосоциальной модели, что означает и изменение роли врача. Если раньше отношения между врачом и пациентом носили патерналистский вертикальный характер, т.е. врач – фигура, которая целиком и полностью руководила процессом терапии, а пациенту отводилась пассивная и подчинительная роль, то на данном этапе взаимоотношения врач-пациент постепенно переходят на горизонтальный уровень взаимодействия. Это означает, что теперь и пациент выступает как активный участник процесса терапии, например, пациент вправе быть проинформированным о вариантах лечения и выборе того или иного варианта. Однако вместе с тем от пациента ожидается более осозанный подход к процессу терапии и принятие ответственности за собственные решения в отношении лечения.

Несмотря на то, что в рамках биопсихосоциального подхода предполагается разделение ответственности между врачом и пациентом, это разделение не равнозначно. Прежде всего, потому, что многие факторы зависят только от врача, например, информирование пациента о заболевании, течении и возможных исходах, более того, зачастую помимо непосредственно терапии, пациенты нуждаются в эмоциональной поддержке и укреплении их мотивации следовать назначенному лечению. Многочисленные исследования подтверждают, что в преобладающем большинстве именно то, какие взаимоотношения выстроены между врачом и пациентом, играет первостепенную роль в исходе терапии (Hayden, 1979). Однако работа с пациентом в психологическом ключе не должна входить в обязанности врача, в рамках биопсихосоциального подхода предполагается разделение обязанностей специалистами различных профилей, так, присутствие клинического психолога в соматической больнице решает одну

из важнейших задач – работу с психологическим состоянием пациента, укрепление его мотивации на успешных исход лечения.

### **1.2.6 Методологические проблемы измерения приверженности терапии**

Несмотря на то, что в современной науке имеется ряд методик, которые измеряют насколько поведение пациента комплаентно, данный вопрос до сих пор нельзя считать до конца решенным. Основная проблема здесь заключается в том, что методы диагностики носят характер самоотчета, что зачастую может расходиться с объективными методами диагностики (например, измерение уровня препарата в крови или моче пациента, либо изменение их биохимического состава, что может быть при несоблюдении пациентом предписанной диеты и т.д.).

Наиболее распространенный и один из самых простых в использовании тестов для определения уровня приверженности терапии, существующих на сегодняшний день, считается тест Мориски-Грина (Лукина с соавт., 2016). Несмотря на то, что данная методика имеет хорошие надежность и валидность, а также универсальность применения при различных заболеваниях, шкала никак не защищена от явления социальной желательности. Комплексные методики более защищены, однако они сложнее в использовании, так как имеют большее количество вопросов, а значит, требуют больше времени на выполнение.

Другая проблема может заключаться в непреднамеренном искажении результатов самоотчета пациента. Примером таких искажений считаются представления пациента о том, что он следует назначенной терапии, несмотря на то, что может изменить дозировку препарата или пропустить день приема, но рассматривает такие случаи как незначительные и по-прежнему видит себя высококомплаентным пациентом.

Выходом в сложившейся ситуации является комплексный подход: использование психологических методов оценки (психологические опросники), медицинских (объективные показатели физиологического состояния пациента), а также отчетов специалистов, которые работают с данным пациентом (лечащий врач, младший медицинский персонал и пр.).

### **1.3 Мотивация и ее роль в формировании приверженности терапии**

В настоящее время понимание феномена мотивации зависит от того подхода, на который мы опираемся. Несмотря на развитие различных психологических школ и идей, единого определения данного феномена не существует. Мотивация может трактоваться и как совокупность мотивов, и как побудительная сила, направляющая организм к совершению определенной деятельности, и как совокупность факторов, определяющих поведение. Кроме того, отдельные авторы рассматривают мотивацию как процесс психической регуляции. Таким образом, определения мотивации условно могут быть разделены на два вида: мотивация как совокупность мотивов или факторов, определяющих поведение, и мотивация как процесс.

Ряд исследователей (Баканов с соавт., 1983; Колесов, 1991; Ковалев, 1988) рассматривает мотивацию через призму потребностей, объясняя, таким образом, проявления человеческой активности. Так, при появлении напряжения, вызванного потребностью, организм переходит в активное состояние с целью снять данное напряжение и удовлетворить возникшую потребность, следовательно, чем выше напряжение, тем интенсивнее должно быть и побуждение. Однако данная концепция не способна в полной мере объяснить целенаправленную активность организма, выбор конкретных средств для удовлетворения возникшей потребности. Эксперименты показали, что, например, исследовательская деятельность может проявляться и при отсутствии первичной потребности, а при игровой деятельности найти

объект, вызывающий дефицит, и вовсе не представляется возможным. Кроме того, было показано, что при нарастании потребностного напряжения не всегда отмечается повышение активности, направленной на разрядку данного напряжения, т.е. прямой зависимости может и не быть.

Некоторые отечественные авторы (Леонтьев, 1971; Божович, 1968; 1972) также отмечают невозможность потребности определить целенаправленное поведение человека. Согласно предложенной ими концепции мотивом к деятельности выступает объект, способный удовлетворить потребность. Также важно, что побудителем деятельности выступает не просто объект, а его значение для субъекта. Схожие идеи озвучивал и К. Левин, описывая события и предметы нейтральными как таковые, однако имеющими разную силу воздействия в зависимости от субъекта. Недостаток данной концепции заключается в том, что она не поясняет такие характеристики мотива как устойчивость и сила, кроме того, разные объекты могут обладать разной степенью привлекательности для субъекта, однако данная характеристика описывает скорее сам объект, нежели мотив.

В работах западных исследователей (Murrey, 1938; Atkinson, 1978; Allport, 1971) преобладает взгляд на мотив как устойчивую личностную характеристику. Согласно данным концепциям характеристики личности способны обуславливать активность индивида в той же степени, что и внешние стимулы. Однако открытым остается вопрос о разделении свойств личности и потребностей, например, стремление к безопасности, творчеству, наслаждению и т. д., выступают скорее потребностями индивида, нежели устойчивыми характеристиками личности.

Другой аспект, активно обсуждаемый в западной психологии (Хекхаузен, 2003; Skinner, 1974), затрагивает вопрос о разделении мотивации на внутреннюю (интринсивную), связанную с потребностями, влечениями, установками индивида, и внешнюю (экстринсивную), обусловленную средовыми воздействиями. Однако дальнейшее обсуждение проблемы

показало невозможность чистого разделения мотивации на внешнюю или внутреннюю, потому что в процессе деятельности человека возможно приписывание внешним объектам определенных свойств и качеств, которые обладают для индивида побуждающей силой.

Многочисленные современные исследования, а также исследования прошлых лет указывают на то, что мотивационный компонент выступает важным аспектом в формировании приверженности терапии, независимо от нозологии (Сорокин с соавт., 2016; Wilkinson, 1997; Schmidt et al., 2020). Так, различные исследования (То et al., 2020; Steiner et al., 2021) демонстрируют важность наличия у пациента как внутренней мотивации, направленной на изменение режима или образа жизни, так и внешней. Внешняя мотивация чаще упоминается в контексте взаимодействия пациента с лечащим врачом, а также другими медицинскими работниками, которые в данном ключе выступают как внешняя побуждающая сила, например, дополнительные напоминания о приеме препаратов, регулярные визиты пациента к врачу при амбулаторном наблюдении — способны усиливать внешнюю мотивацию пациента, что в свою очередь повышает степень приверженности терапии. Интересно отметить, что при проведении психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, направленных на поддержание внутренней мотивации пациента, потребность во внешней мотивации снижается, и даже ее отсутствие не оказывают негативного воздействия на степень приверженности терапии (Лехциер, 2009).

### **«Отношенческая» модель мотивации Ж. Нюттена**

Концепция, предложенная Ж. Нюттеном, схожа с идеями отечественных психологов (Рубинштейн Л.С., Леонтьев А.Н.), так как акцентирует внимание на единстве человека и окружающего его мира.

Предложенная им формула поведения индивида выглядит следующим образом — «индивид-среда», она показывает, что организм и среда

взаимосвязаны и не могут рассматриваться отдельно друг от друга, т. к. вместе они образуют функциональное единство. Ключевой момент заключается не в том, что определяет поведение: среда или личностные характеристики, а как взаимосвязаны эти элементы в поведенческом акте. Говоря о мотивационном компоненте деятельности, указывается, что поведение индивида в равной степени определяют цели и сама воспринимаемая им ситуация. Основные идеи данной концепции могут быть резюмированы в следующих положениях:

1. индивид и среда находятся в «отношенческом» единстве, где индивид выступает «субъектом-в-ситуации», а среда «ситуацией-для-субъекта»
2. система «индивид-среда» представлена функциональной системой и имеет динамическую природу, где индивид как живой организм поддерживает и развивает собственное функционирование, участвуя в поведенческих взаимоотношениях с объектами среды
3. индивид как биологическая и психосоциальная целостность формируется в процессе взаимодействия со средой, где мотивационный аспект выступает взаимосвязью в структуре «индивид-среда»
4. основная задача мотивации заключается в активном направлении и регулировании поведения индивида на пути к объекту цели, т.о., разрозненная активность трансформируется в осмысленное действие
5. поведенческий акт в силу своей динамической природы внутренне мотивирован в той степени, в которой он направлен на конечную цель
6. потребности являются врожденными, однако развиваются и трансформируются в мотивах и целевых объектах, а также под влиянием когнитивной переработки индивида
7. так как система «индивид-среда» представляет собой двойственный источник возбуждения мотивации, то она может происходить как из внутренних потребностей индивида, так и из объекта среды, который способен активировать скрытую потребность



## 1.4 Мочекаменная болезнь

«Мочекаменная болезнь или уролитиаз – это заболевание обмена веществ, которое вследствие нарушения физико-химического баланса мочи под воздействием эндогенных и экзогенных факторов проявляется образованием камней в мочевых путях» (Комяков, 2018). На развитие мочекаменной болезни оказывают влияние следующие факторы: генетические, географические, климатические и диетические.

Согласно Европейской урологической ассоциации, принято выделять следующие виды камней, исходя из их этиологии:

- Неинфекционные камни (оксалаты кальция, фосфаты кальция, мочевая кислота)
- Инфекционные камни (фосфат магния и аммония, апатит, урат аммония)
- Камнеобразования вследствие влияния генетических факторов (цистин, ксантин, 2.8-дигидроксиаденин)
- Камнеобразование вследствие лекарственной терапии

### **Факторы риска образования камней.**

- Общие факторы, способные оказать влияние на камнеобразование:
- Наличие в семейном анамнезе случаев мочекаменной болезни
- Нарушение кальциевого обмена
- Хронические инфекционные заболевания мочеполовой системы (формирование инфекционных камней)
- Единственная почка
- Факторы, связанные с заболеваниями, способными спровоцировать формирование камней:

Гиперпаратериоз

Метаболический синдром

Поликистозная болезнь почек

Нефрокальциноз

Заболевания и патологии желудочно-кишечного тракта

Повреждения спинного мозга

Нейрогенный мочевой пузырь

- Генетические факторы:
  1. Цистинурия (типы А, В, АВ)
  2. Первичная гипероксалурия
  3. Почечный канальцевый ацидоз 1-го типа
  4. Синдром Леша-Нихана
  5. Муковисцидоз
  6. Ксантинурия
  7. 2.8-дигидроксиаденинурия
- Факторы, связанные с приемом лекарственных препаратов, провоцирующих камнеобразование.
- Факторы, связанные с анатомическими и уродинамическими нарушениями:
  1. Обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента
  2. Дивентикул чашки, киста чашки
  3. Подковообразная почка
  4. Уретероцеле
- Экологические и профессиональные факторы:

Высокая температура окружающей среды

Подверженность воздействию свинца и кадмия

#### **1.4.1 Эпидемиология и распространенность мочекаменной болезни**

Согласно эпидемиологическим исследованиям, заболеваемость уролитиазом в экономически развитых странах: США, Германия, Япония, Италия увеличилась примерно в два раза за последние десятилетия, отмечается, что особый рост числа заболевших приходится на последние годы (Никифоров, 2006; Romero et al., 2010; Sorokin et al., 2017).

В Соединенных Штатах Америки ежегодно регистрируется около 200 новых случаев мочекаменной болезни. В 2012 году согласно данным исследования было зарегистрировано 10,6% среди мужского населения и 7,1% среди женского, в то время как в 1994 году данная цифра составляла 6,3% мужчин и 4,1% женщин (Strope et al., 2010; Scales et al., 2012).

В европейских государствах мочекаменная болезнь особенно распространена в юго-восточных регионах, в Англии, Нидерландах, а также Германии и Франции. В Германии к началу века рост заболеваемости увеличился с 0,54% до 1,47%. Исследования указывают на истинный рост заболеваемости, не связанный с улучшениями методов диагностики (Hesse et al., 2003).

Эпидемиологический анализ стран Ближнего Востока показал, что распространение мочекаменной болезни в регионах с сухим климатом особенно высоко. Наличие мочекаменной болезни было выявлено у 19,1% обследованного населения (Ahmad et al., 2015).

В Российской Федерации мочекаменная болезнь достигает 40% от числа всех урологических заболеваний (Устав ВОЗ, 1948; Викторова с соавт., 2014; Геворкян, 2017). Согласно данным официальной статистики Министерства здравоохранения и социального развития РФ, абсолютное число зарегистрированных больных уролитиазом за период с 2002 по 2009 увеличилось на 17,3,% несмотря на то, что в отдельные периоды отмечался незначительный спад, общая тенденция указывает на рост заболеваемости.

#### **1.4.2 Проблема рецидивов**

Отличительной особенностью мочекаменной болезни является высокая частота рецидивирования, достигающая 30–50% в течение 10 лет после дебюта заболевания. При этом 10% пациентов имеют два и более случаев рецидива заболевания (Тюрк, 2015; Ramello et al., 2000). Считается, что на повторное образование камней влияют такие факторы как химический состав

конкремента, тяжесть заболевания, генетические факторы, особенности питания, проведение мер по профилактике рецидива (Тюрк, 2015; Панферов с соавт., 2019).

Важно упомянуть, что большая часть профилактических мер мочекаменной болезни довольно проста и не требует дорогостоящих процедур или препаратов. Например, достаточное потребление жидкости для достижения суточного объёма мочи не менее 2,5 литров снижает частоту рецидива мочекаменной болезни с 27 до 12,1% (Borghì et al., 1996). Однако исследования показывают, что данной рекомендации следует менее 50% пациентов в течение 6 месяцев после консультации диетолога (Drongelen et al., 1998; Khambati et al., 2017).

### **1.4.3 Основные направления психологических исследований в клинике мочекаменной болезни**

Многочисленные современные исследования, как отечественные, так и зарубежные, показали, что мочекаменная болезнь способна оказать значительное негативное влияние на уровень жизни пациентов, сферу семейных и трудовых отношений (Тюльпин, 2004; Трубецков с соавт., 2007; Панферов с соавт., 2019; Rollnick et al., 2012).

Зарубежные исследования показывают, что чем большее количество приступов почечной колики или оперативного вмешательства отмечают пациенты, тем более значительно это влияет на их уровень жизни. Так же активно проводятся исследования влияния различных методов удаления камней и их влияние не только на физическое состояние пациента, но и на уровень жизни, эмоциональное благополучие (Лурия, 1977; Kyngäs et al., 1999; Lieske et al., 2006).

Также отмечается значимое влияние информированности пациентов о заболевании (Беграмбекова с соавт., 2022), и установок на выполнение терапевтических назначений на приверженность терапии. Результаты данных

исследований согласуются с результатами исследования приверженности терапии и при других нозологиях (Мачильская, 2016; Саверская с соавт., 2017; Костин с соавт., 2020).

В данном контексте важно отметить современные работы по переводу на различные языки и адаптации опросника уровня качества жизни именно для пациентов с мочекаменной болезнью, в котором учитываются ключевые аспекты, свойственные для данного заболевания (Сорокин с соавт., 2016; Шестаев с соавт., 2018; Lertmaharit et al., 2005; Curhan, 2007; Arafa et al., 2010; Sorokin et al., 2017; Liu et al., 2018; Yoon et al., 2020). Данные работы позволяют более детально подойти к решению проблемы создания профилактических и реабилитационных мер прицельно для пациентов с мочекаменной болезнью.

Однако, несмотря на то, что в настоящее время существует большое количество различных программ для реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями, по-прежнему остается нерешенной проблема приверженности пациентов к выполнению необходимых процедур, в связи с чем видится уместность рассмотрения существующих методов, направленных на повышение степени приверженности пациентов, в частности, метода мотивационного интервью, который согласно последним исследованиям успешно внедряется в различные сферы медицины и способствует повышению степени приверженности пациентов (Chien et al., 2015; Binning et al., 2019; Zabolypour et al., 2020; Parwati et al., 2021). В клинике мочекаменной болезни также отмечаются попытки интеграции данного метода для повышения степени приверженности терапии (Гаджиев с соавт., 2019).

## **1.5 Краткосрочная психологическая интервенция. История метода**

Краткосрочная интервенция или краткосрочное вмешательство – метод психологического консультирования, в основе которого лежат принципы мотивационного интервьюирования (МИ). Впервые метод мотивационного интервьюирования был описан в 1983 году для пациентов с алкогольной зависимостью Миллером В. (Miller, 1983). Начиная с 1990х годов, данный метод начал активно внедряться и в другие сферы терапии, особенно при работе с пациентами с хроническими заболеваниями: сердечно-сосудистые, сахарный диабет, гипертония, психозы и др. (Копылова с соавт., 2022; Hardcastle et al., 2013; Soderlund, 2018; Li et al., 2020).

### **1.5.1 Описание метода**

Метод МИ работает по принципу активации мотивации пациента для изменения приверженности терапии. Замысел подхода может быть описан в следующих терминах: сотрудничество, актуализация воспоминаний, признание автономии пациента. Под сотрудничеством понимается партнерская работа специалиста с пациентом в тех сферах, где необходима работа над изменением поведения. Директивные указания специалиста сменяются на активную партнерскую беседу, призванную развивать процесс принятия решения. Актуализация воспоминаний – акцент на имеющемся ресурсе пациента для дальнейших изменений. Пациент может не делать то, что от него ожидается, но у каждого человека есть собственные цели, ценности, мечты. Эта часть МИ призвана связать изменение поведения с тем, чего хочет пациент, с его ценностями и заботами. Признание автономии пациента – несмотря на информирование пациента и его консультирование, ответственность за дальнейшие действия или не действия лежит полностью на пациенте.

Главные принципы мотивационного интервьюирования:

- Желание изменений должно исходить от пациента, а не навязано ему извне. МИ опирается, прежде всего, на выявление актуальных потребностей, мобилизацию внутренних ресурсов пациента и его целей для изменения поведения
- Только сам пациент способен сформулировать и разрешить свою амбивалентность, а не специалист, который работает с ним. Амбивалентность – конфликт между неудовлетворенными потребностями и линиями поведения, которые направлены на удовлетворение данных потребностей. Каждая такая линия имеет как положительные, так и отрицательные стороны, которые осознаются пациентом. Анализ противоречивых и запутанных потребностей есть инструмент, который способен помочь пациенту научиться лучше понимать себя и свое поведение.
- Способ разрешения противоречий как убеждение пациента является неэффективным. Убеждения пациента в «серьезности» и «важности» проблемы не принесут ожидаемого успеха. Подобные действия могут лишь усилить сопротивление пациента и подавить его волю, потому в рамках МИ данная стратегия недопустима.
- Тон МИ должен быть направлен на получение пациентом информации о самом себе, т.е. спокойный и выявляющий тон. Не допускаются критика, споры с пациентом и т.д. в рамках данного подхода.
- Специалист может директивно направлять попытки пациента в анализе и стремлении разрешить амбивалентность. Согласно МИ, изменения проблемного поведения не произойдут в случае противоречивых потребностей либо недостаточного понимания всех имеющихся возможностей поведения. Таким образом, для постепенного развития процесса изменений достаточно лишь направить усилия пациента в необходимую сторону.

- Готовность к изменениям поведения отражает динамику межличностных взаимодействий, а не является какой-либо стабильной величиной. Особое внимание, при работе методом МИ, должно быть обращено на проявления мотивации либо на проявления сопротивления пациента. В случае возрастания сопротивления пациента, может свидетельствовать о некорректной оценке готовности пациента к изменениям.
- Между специалистом и пациентом должны встраиваться партнерские взаимоотношения, исключая вертикальную модель «эксперт-исполнитель». Специалисту следует уважать свободу воли пациента и свободу выбора в вопросах собственного поведения. Вера пациента в свои силы, его самоэффективность должны выступать ценностью для специалиста.

Итак, для МИ характерно:

- признание свободы и самостоятельности пациента в его выборе
- стремление понять и представить систему ценностей пациента
- принятие точки зрения пациента, его мнения и позиции
- внимательность и поощрение даже малейших проявлений признания пациентом наличия проблемы и стремлениям к ее изменению
- мониторинг степени готовности пациента к каким-либо изменениям
- избегание стратегий, провоцирующих развитие сопротивления пациента

**Заключение.** Смена парадигмы в медицине с сугубо биологической на биопсихосоциальную, вследствие которой изменилась и роль пациента в терапевтическом процессе, повлекла за собой появление ряда проблем, которые по-прежнему требуют более детального изучения, в частности, проблема приверженности терапии, измерить которую в условиях реальной терапии достаточно сложно. Проведенные эмпирические исследования демонстрируют наличие ряда факторов, способных оказать влияние на степень приверженности, которые условно принято разделять на медицинские (относящиеся не только к медицинскому персоналу, но и всей системе здравоохранения в целом), социально-экономические и факторы,



связанные с пациентом (индивидуально-психологические особенности, факторы, обусловленные ситуацией болезни). Несмотря на наличие множества факторов, на сегодняшний день не установлено однозначного влияния каких-либо конкретных факторов на приверженность терапии. Таким образом, логично было бы предположить, что следование терапии зависит от комплекса факторов, которые могут варьироваться в зависимости от заболевания, его длительности и тяжести протекания, индивидуальных особенностей пациента.

В клинике мочекаменной болезни приверженность терапии становится предиктором повторного камнеобразования. Несмотря на появление различных, более усовершенствованных методов хирургического и терапевтического вмешательств, статистика рецидивов остается высокой не только в нашей стране, но и за рубежом. Однако показано, что следование даже самым простым профилактическим назначениям способно значительно снизить этот риск. Таким образом, поиск факторов, определяющих приверженность терапии при мочекаменной болезни, выступает неотъемлемой составляющей для разработки профилактических мер, направленных на снижение риска рецидивов.

## **ГЛАВА 2. Характеристика материала и методы исследования**

В Главе 2 представлено описание процедуры исследования, характеристика выборки и методы исследования.

### **2.1 Процедура исследования**

Психологическое исследование пациентов проводилось в три этапа.

Первый этап – изучение социально-демографических, психосоциальных и медико-биологических характеристик пациентов с помощью специально разработанного структурированного интервью, изучение медицинской документации, а также экспертная оценка приверженности терапии с помощью специально разработанной анкеты для лечащих врачей.

Второй этап – психометрический. На данном этапе осуществлялось изучение психологических особенностей пациентов с помощью комплекса психодиагностических методик, которые были подобраны исходя из задач исследования.

На третьем этапе проводилось формирование экспериментальных групп пациентов на основании уровня приверженности терапии согласно данным психодиагностического исследования.

В результате были сформированы две группы пациентов:

Группа 1. Пациенты с высокой приверженностью терапии

Группа 2. Пациенты со средней приверженностью терапии

Пациентов с низкой приверженностью терапии в исследовании выявлено не было.

## 2.2 Характеристика выборки исследования

В настоящее исследование было включено 114 пациентов с мочекаменной болезнью, находившихся на стационарном лечении в клинике урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова.

*Критерии включения в исследования:*

- Локализация конкремента в почке (диагноз по МКБ N20.0)
- Возраст от 35 лет<sup>1</sup>
- Наличие повторных госпитализаций

*Критерии исключения из исследования:*

- Выраженная физическая астения вследствие тяжелого течения заболевания
- Когнитивные нарушения, препятствующие пониманию и заполнению психодиагностических методик

В Таблице 1 представлены основные социально-демографические характеристики выборки: пол, возраст, образование, семейное положение, место проживания.

Таблица 1. Социально-демографические характеристики выборки

Социально-демографические характеристики		Пациенты с высокой приверженностью терапии (n=67)	Пациенты со средней приверженностью терапии (n=47)	Всего (n=114)
		n, %	n, %	n, %
Пол	Мужчины	26 (39)	24 (51)	50 (44)
	Женщины	41 (61)	23 (49)	64 (56)
Возраст	M (SD)	52±11,2	51±11,7	52±11,3
Образование	Среднее	6 (9)	8 (17)	14 (12)
	Среднее специальное	23 (34)	14 (30)	37 (33)
	Неоконченное высшее	4 (6)	1 (2)	5 (4)
	Высшее	34 (51)	24 (51)	58 (51)

<sup>1</sup> Исключение из выборки пациентов младше 35 лет связано с особенностями течения заболевания в молодом и более старшем возрасте

Продолжение таблицы 1.

Социально-демографические характеристики		Пациенты с высокой приверженностью терапии (n=67)	Пациенты со средней приверженностью терапии (n=47)	Всего (n=114)
Семейное положение	Холост	2 (3)	6 (13)	8 (6)
	Гражданский брак	3 (5)	0	3 (3)
	В браке	43 (64)	34 (72)	77 (68)
	В разводе	9 (13)	3 (6)	12 (11)
	Вдовец/вдова	10 (15)	4 (9)	14 (12)
Место проживания	Город	63 (94)	40 (85)	103 (90)
	Пригород	3 (4)	4 (9)	7 (6)
	Сельская местность	1 (2)	3 (6)	4 (4)

Данные в Таблице 1 показывают, что в обеих группах пациенты равномерно распределены по полу и возрасту. Большая часть пациентов в группах с высокой и средней степенью приверженности терапии находятся в браке, имеют преимущественно среднее специальное или высшее образование, и проживают в городе.

В Таблице 2 представлены основные клинические характеристики выборки: длительность заболевания, частота госпитализаций за последний год и ограничения в связи с заболеванием.

Таблица 2. Клинические характеристики выборки

Клинические характеристики		Пациенты с высокой приверженностью терапии (n=67)	Пациенты со средней приверженностью терапии (n=47)	Всего (n=114)
		n, %	n, %	n, %
Давность мочекаменной болезни	<1 года	12 (18)	4 (8)	16 (14)
	1-3 года	12 (18)	9 (19)	21 (18)
	3-6 лет	9 (13)	12 (26)	21 (18)
	>6 лет	34 (51)	22 (47)	56 (50)
Частота госпитализаций в связи с мочекаменной болезнью (за последний год)	отсутствие госпитализаций	13 (19)	14 (30)	27 (24)
	1-2 госпитализации	38 (57)	26 (55)	64 (56)
	3-5 госпитализаций	15 (22)	5 (11)	20 (17)
	>5 госпитализаций	1 (2)	2 (4)	3 (3)

Продолжение таблицы 2.

Клинические характеристики		Пациенты с высокой приверженностью терапии (n=67)	Пациенты со средней приверженностью терапии (n=47)	Всего (n=114)
		n, %	n, %	n, %
Ограничения, связанные с имеющимся заболеванием	большое количество ограничений	6 (9)	4 (8)	10 (9)
	среднее количество ограничений	37 (55)	20 (43)	57 (50)
	минимальное количество ограничений	24 (36)	23 (49)	47 (41)

Данные в Таблице 2 демонстрируют, что больше половины пациентов в обеих группах имеют стаж заболевания более 6 лет и имели 1-2 госпитализации за последний год, при этом пациенты с высокой приверженностью терапии чаще отмечают наличие ограничений в связи с заболеванием (55%), чем пациенты в группе со средней приверженностью (43%).

### 2.3 Методы исследования

Для решения поставленных задач был создан методический комплекс для изучения психосоциальных и индивидуально-психологических характеристик пациентов с мочекаменной болезнью.

В данном разделе представлено описание клинико-психологического и психодиагностического методов, которые были использованы в данном исследовании.

Клинико-психологический метод представлен специально разработанным структурированным интервью, направленным на изучение социально-демографических и психосоциальных характеристик (Приложение 1).

### **2.3.1 Структурированное интервью для пациентов**

Согласно задачам исследования было разработано структурированное интервью, состоящее из 24 вопросов и направленное на изучение социально-демографических и психосоциальных характеристик, субъективной оценки приверженности терапии, а также информированности об основных профилактических методах (диета, питьевой режим). Структурированное интервью включало 7 блоков вопросов: уровень образования, семейное положение, трудовая деятельность, информированность о заболевании, отношении к терапии, характеристика социальных взаимоотношений. В отдельном блоке содержались вопросы, связанные с главными рекомендациями для пациентов с мочекаменной болезнью, знанием основных медицинских рекомендаций и готовностью пациента их выполнять (Приложение 2).

Вопросы блока информированности о заболевании оценивались по 1 баллу за каждый верный ответ. Вопросы блока, направленные на оценку степени сформированности установок на выполнение врачебных назначений и поведенческих паттернов, оценивались по четырехбалльной шкале (0 — не согласен, 1 — скорее не согласен, 2 — скорее согласен, 3 — полностью согласен).

### **2.3.2 Анкета для изучения оценки врачами степени приверженности терапии пациента**

Для получения экспертной оценки степени приверженности терапии была разработана авторская анкета для лечащих врачей обследуемых пациентов (Приложение 3). Анкета включала 4 блока вопросов, каждый из которых оценивал следующие показатели: осведомленность пациента о заболевании и способах терапии, соблюдение пациентом назначенных рекомендаций, общий показатель приверженности терапии.

Данная анкета заполнялась лечащим врачом на каждого пациента, где врач оценивал каждый пункт из указанных выше блоков (если пациент полностью выполняет назначение — 2 балла, частично — 1 балл, не выполняет — 0 баллов). Блок вопросов об информированности о заболевании оценивался аналогично со структурированным интервью для пациента (1 — балл за верный ответ, 0 — баллов за неверный ответ). Степень приверженности терапии предлагалось оценить как низкую, среднюю или высокую.

Анкета была составлена таким образом, что вопросы в анкете врача в основном соответствовали вопросам, которые задавались пациентам в ходе структурированного интервью, что в дальнейшем позволило сравнить результаты самоотчета пациентов с экспертной оценкой врача.

### **2.3.3 Психодиагностический метод**

Психодиагностический метод представлен батареей психологических тестовых методик, которые были подобраны исходя из задач настоящего исследования. Далее приводится краткое описание использованных опросников, а также методов математико-статистической обработки.

#### **2.3.3.1 Опросник «Уровень комплаентности»**

Данная методика была разработана Р.В. Кадыровым, О.Б. Асриян и С.А. Ковальчуком — коллективом авторов из Тихоокеанского государственного медицинского университета (Кадыров Р.В. с соавт., 2014).

Тест направлен на выявление уровня комплаентности, которая включает следующие компоненты: социальная, эмоциональная и поведенческая. Каждое утверждение пациенту необходимо оценить применительно к своему поведению как «всегда» (2 балла), «иногда» (1

балл), «никогда» (0 баллов). Затем подсчитывается сумма по каждому из параметров.

Суммарный показатель по отдельным параметрам имеет следующую градацию:

0-15 баллов — не выраженный показатель комплаентного поведения

16-29 баллов — средняя выраженность комплаентного поведения

30-40 баллов — значительная (высокая) выраженность комплаентного поведения.

Общий показатель комплаентности считается суммой отдельных показателей (социальная, эмоциональная, поведенческая комплаентность):

0-40 баллов — низкий уровень комплаентного поведения

41-80 баллов — средний уровень комплаентного поведения

81-120 баллов — высокий уровень комплаентного поведения.

*Социальная комплаентность* отражает стремление следовать и соответствовать данным врачом предписаниям с ориентацией на социальное поощрение. При *высоком уровне* социальной комплаентности характерно стремление выстраивать доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, фигура врача воспринимается как авторитетное лицо. Такие пациенты особенно нуждаются в поддержке врача, т. к. имеется озабоченность тем, какое впечатление он производит на своего врача, вследствие чего, пациенты стремятся особенно тщательно выполнять назначения. Пациенты часто советуются с врачом по поводу любых беспокойств или сомнений, возникающих в процессе терапии. Вместе с тем пациент может быть обеспокоен тем, что излишне обременителен для врача. При *средней выраженности* социальной комплаентности отмечается «неопределенность социальной позиции», такие пациенты зачастую действуют по ситуации, в их поведении нет системности, пациент, с одной стороны, может быть привержен терапии, однако в дальнейшем может отрицать ее необходимость как таковую. При *низкой выраженности* социальной комплаентности пациент не стремится выстраивать



конструктивные взаимоотношения с врачом, он скорее ориентирован на собственные убеждения в вопросах терапии, в отдельных случаях возможны эпизоды открытой конфронтации с медицинским персоналом.

*Эмоциональная комплаентность* представляет собой следование назначениям врача в силу повышенным впечатлительности и чувствительности пациента. При *высоком уровне* эмоциональной комплаентности для пациентов характерны чувствительность, впечатлительность, убежденность, что необходимость обращения к врачу указывает на серьезность заболевания. В отдельных случаях может отмечаться чрезмерная обеспокоенность о возможных последствиях заболевания, вследствие чего пациент стремится любые изменения состояния обсуждать с врачом, формируется стремление беспрекословно выполнять врачебные назначения. Вследствие заболевания такие пациенты становятся эмоционально неустойчивыми, гипертревожными. В контакте с врачом формируется такой тип взаимоотношений, когда большая часть ответственности за терапевтический процесс отводится врачу, пациент же, в свою очередь занимает позицию исполнителя. При этом, несмотря на выраженные эмоциональные колебания, пациент стремится придерживаться плана терапии, т. к. фигура врача становится эмоционально значимой для пациента. При *средней выраженности* эмоциональной комплаентности отмечается большая эмоциональная устойчивость пациента. Вместе с тем в терапевтических отношениях пациент склонен чаще ориентироваться на собственное настроение в вопросах выполнения назначений, сомневаться в необходимости их выполнения. Также может отмечаться недооценивание тяжести заболевания и важности лечения, что в долгосрочной перспективе приводит к непостоянному и неполному выполнению необходимых терапевтических процедур. При *низкой выраженности* эмоциональной комплаентности пациент склонен подвергать сомнению врачебные рекомендации, находя их неоправданными. Такие пациенты могут быть охарактеризованы как рассудительные и чрезмерно самоуверенные,

вследствие чего зачастую недооценивают тяжесть собственного состояния, пренебрегают многими аспектами терапии и рекомендациями врача.

*Поведенческая комплаентность* означает соблюдение предписаний врача как следствие стремления преодолеть заболевание, которое воспринимается как препятствие. При *высокой выраженности* поведенческой комплаентности пациенты характеризуются стремлением к точному соблюдению рекомендаций, т. к. болезнь воспринимается как препятствие, которое необходимо преодолеть. Поведение целенаправленно и ориентировано на достижение цели — излечение. Врач воспринимается как коллега, в команде с которым пациент сможет достичь терапевтических целей. При *средней выраженности* поведенческой комплаентности отмечается неустойчивая поведенческая позиция. Пациент чрезмерно осторожен и озабочен, зачастую пессимистично смотрит на перспективы терапии, не уверен в способности преодолеть заболевание, вследствие чего выполнение назначений носит нерегулярный характер. При *низкой выраженности* поведенческой комплаентности пациенты характеризуются склонностью к непостоянству, они подвержены внешним факторам, в том числе и случайным, что затрудняет целенаправленные действия в рамках терапии. Не стремятся прикладывать дополнительные усилия для достижения результата, возникают сложности в организации собственных действий для совладания с болезнью.

Высокие баллы по данному тесту указывают на высокий уровень комплаентного поведения, для которого характерно стремление выстраивать доверительные взаимоотношения с лечащим врачом, опираться на его профессиональное мнение, следовать его рекомендациям. Вместе с тем может отмечаться излишняя обеспокоенность о возможных неудачах терапии, однако при этом пациент ориентирован на обсуждение возможных сложностей со своим врачом, т. к. фигура врача принимает эмоциональную значимость для пациента, он воспринимается как партнер, с помощью

которого пациент способен достичь целей терапии и справиться с заболеванием.

Низкие баллы, указывают на низкий уровень комплаентного поведения, для которого характерно пренебрежительное отношение к процессу терапии, пациент не стремится выстраивать доверительные отношения с врачом, а ориентирован скорее на собственные суждения, решения. Характерны длительные споры с врачом, целью которых становится доказательство собственной правоты. Пациенты с низкой комплаентностью часто пренебрегают выполнением назначений, отказываются от посещения важных процедур, не прикладывают необходимое количество усилий для достижения целей терапии.

Несмотря на то, что авторами методики используется понятие «комплаентность», в данной работе выделенные с помощью методики группы пациентов будут обозначаться как «приверженные терапии».

### **2.3.3.2 Методика диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ)**

Методика диагностики типов отношения к болезни была разработана в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Вассерман с соавт., 2014). Данная методика опирается на концепцию В.Н. Мясищева, а также типологию отношений к болезни, которая была сформулирована А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым. Методика позволяет диагностировать 12 типов отношения к болезни: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический.

Указанные типы в дальнейшем объединяются в три блока по критериям: адаптивность или дезадаптивность, интрапсихическая или

интерпсихическая направленность. Последние два выделяются в случае дезадаптивного характера отношения к болезни.

Опросник ТОБОЛ представлен в форме опросника, который включает в себя 12 таблиц с утверждениями о самочувствии, настроении, сне и пробуждении и т.д., каждый набор содержит от 10 до 16 утверждений, пациенту необходимо выбрать максимум по 2 утверждения, которые наилучшим образом описывают его состояние. Также в каждом блоке имеется утверждение «Ни одно из утверждений мне не подходит» в случае, если ни одно из предложенных не подходит для описания состояния пациента. Таким образом, методика диагностирует тот или иной тип отношения к болезни, основываясь на отношениях пациента к ряду ситуаций, которые связаны с его болезнью и представляют собой определенные подсистемы в целой системе отношений личности.

По результатам методики могут быть получены данные о типе отношения к болезни: «чистый», «смешанный» или «диффузный», характерном для конкретного пациента, а также количественная оценка по всем 12 типам отношения к болезни.

#### *Типы отношения к болезни.*

*Гармоничный тип (Г)* (реалистический или взвешенный) – при данном типе реагирования на заболевание для пациента не характерно как преувеличение тяжести собственного состояния, так и преуменьшения. Отмечается стремление следовать назначенным процедурам. Со стороны социальных отношений отмечается стремление поддерживать доверительные отношения с близкими, облегчить их тяготы ухода за собой, которые могут возникнуть вследствие заболевания.

*Эргопатический (Р)* (стенический) – данный тип реагирования на заболевание характеризуется «уходом в работу». Для него характерно изменение поведения в профессиональной сфере таким образом, что пациент становится чрезмерно ответственным, зачастую намного сильнее, чем до заболевания. В вопросах терапии пациенты с данным типом реагирования

избирательно относятся к назначенным обследованиям и назначениям, что обусловлено преимущественно стремлением продолжать работу, даже несмотря на всю тяжесть заболевания. При данном типе реагирования на первый план выходит стремление сохранить профессиональный статус и продолжение профессиональной деятельности в том же объеме, что и до заболевания. Каких-либо значительных ухудшений в плане социального взаимодействия с родными и близкими при данном типе реагирования не отмечается.

*Анозогностический (З)* (эйфорический) – при данном типе реагирования на заболевание отмечается активное стремление избегать мыслей о заболевании и ее возможных последствиях. В случае же признания факта заболевания, отмечается избегание мыслей о возможных последствиях заболевания. Для пациентов с данным типом реагирования на заболевание характерно рассматривать симптомы болезни как «незначительные», либо объяснять симптомы стечением обстоятельств, «обычных» колебаний самочувствия. Вследствие чего пациенты могут отказываться от прохождения обследований или выполнения назначений. При эйфорическом варианте данного типа реагирования отмечается пренебрежительное и легкомысленное отношение к заболеванию и терапии, необоснованные повышения настроения, когда пациент стремится «получить от жизни все», несмотря на болезнь.

*Тревожный (Т)* (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический) — при данном типе реагирования на заболевание характерно постоянное беспокойство о возможном неблагоприятном течении болезни, неэффективности или опасности назначаемой терапии. В поведении может наблюдаться активный поиск информации о новых вариантах лечения, частая смена лечащего врача. В сравнении с ипохондрическим типом реагирования на заболевание, при текущей реакции основной акцент смещается на интерес к объективным данным, например, результатам анализов, функциональной диагностики, чем на субъективные ощущения, что характерно для

ипохондрического типа реагирования. Аффект зачастую тревожный, а вследствие тревоги наблюдается угнетенность психической активности. В случае обсессивно-фобического варианта реакции отмечается тревожная мнительность, которая в первую очередь распространяется маловероятные ситуации осложнения заболевания, неудачи терапии, а также на изменения в социальной сфере: ухудшения взаимоотношений близких и профессиональных вследствие заболевания. Таким образом, мнимые опасности выходят на первый план, а защитой от тревожных переживаний становятся приметы и ритуалы.

*Ипохондрический (И)* — при данном типе реагирования на заболевание характерна чрезмерная концентрация на субъективных болезненных переживаниях и ощущениях. В поведении отмечается стремление часто и подробно рассказывать о симптомах заболевания, не только медицинскому персоналу, но и родственникам, коллегам. Отмечается преувеличение тяжести состояния, неприятных ощущений, побочных действий препаратов. Желание лечиться сочетается с неверием в успех терапии, требование более тщательного осмотра, частая смена врачей, обусловленная стремлением лечиться у более авторитетных специалистов.

*Неврастенический (Н)* — при данном типе реагирования на заболевание поведение носит характер по типу «раздражительной слабости». При появлении болезненных ощущений или терапевтических неудачх отмечаются вспышки раздражительности, которые зачастую направлены на находящихся рядом людей, что в дальнейшем вызывает сильное чувство вины. При терапии наблюдается нетерпеливость, нежелание ждать наступления облегчения, однако в дальнейшем отмечается критическая переоценка собственного поведения, просьбы о прощении и помощи.

*Меланхолический (М)* (витально-тоскливый) — при данном типе реагирования на заболевание отмечается сверхудрученность заболеванием, неверие в терапию и выздоровление, даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии. Также могут отмечаться

депрессивные высказывания, доходящие до суицидальных мыслей. Также отмечается пессимистический взгляд не только на процесс терапии, но и на всю жизнь в целом.

*Апатический (А)* — при данном типе реагирования на болезнь отмечается полное безразличие к исходу болезни, результатам лечения и своей судьбе в целом. Пациент пассивно подчиняется терапевтическим процедурам, в случае наличия побуждения со стороны. Отмечается утрата интереса к жизни, и всему, что ранее вызывало интерес. В поведении отмечается вялость и безынициативность, в том числе и в межличностных взаимоотношениях.

*Сенситивный (С)* — при сенситивном типе реагирования отмечается чрезмерная чувствительность, ранимость, озабоченность тем, какое впечатление может произвести информация о заболевании на окружающих пациента людей. Страх, что окружающие могут изменить свое отношение к пациенту, считать его неполноценным, испытывать жалость, либо наоборот, избегать общения с ним из-за болезни. Также отмечается страх стать обузой для родных и близких и их недоброжелательного отношения в связи с этим. Характерны колебания настроения, что чаще проявляется в межличностных взаимоотношениях.

*Эгоцентрический (Э) (истероидный)* — при данном типе реагирования на заболевание отмечается поиск выгод в связи с болезнью. В поведении отмечается намеренное демонстрирование тяжести болезненных проявлений, с целью получения сочувствия и выгод. Пациенты могут требовать исключительной заботы о себе, даже в ущерб другим делам, полностью игнорируя личные затруднения близких. Стремление продемонстрировать окружающим собственную исключительность в отношении течения заболевания и его симптомов. В эмоциональной сфере отмечается выраженная лабильность и непредсказуемость.

*Паранойяльный (П)* — при данном типе реагирования на болезнь у пациента отмечается наличие полной уверенности, что его заболевание —

результат внешних обстоятельств. Отмечается крайняя подозрительность к процессу терапии, процедурам. При наличии осложнений или затруднений в ходе терапии пациент убежден в халатности медицинского персонала, что влечет за собой обвинения и требования наказать виновных.

*Дисфорический (Д)* (агрессивный) — при данном типе реагирования на заболевание отмечается выраженное преобладание гневливо-мрачного настроения, озлобленности, зависть к здоровым людям, даже близким. В поведении может отмечаться требование особого отношения к себе, агрессивность и деспотичное отношение к родным.

Описанные типы реакций могут быть объединены в следующие блоки:

**Первый блок** включает в себя гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы. Для данного блока реакций психическая и социальная адаптация не имеет существенных нарушений. Несмотря на то, что при анозогнозическом и эргопатическом типах характерно некоторое снижение критичности к собственному заболеванию, выраженной дезадаптации пациента не возникает.

**Второй блок** реакций включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический типы. Для реакций данного блока характерна интрапсихическая направленность реагирования личности на заболевание, что и обуславливает нарушение социальной адаптации пациентов. На первый план выходит нарушение эмоционально-аффективной сферы отношений по типу тревоги, подавленности, раздражительной слабости, «капитуляции» перед болезнью.

**Третий блок** включает в себя сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы реакций. Для реакций данного блока характерна интерпсихическая направленность реагирования личности на заболевание, что также нарушает социальную адаптацию пациентов. В данном случае отношение к заболеванию в большей степени зависит от преморбидных особенностей личности, что в поведении проявляется в виде гетероагрессивных реакций, использовании заболевания для собственной



выгоды, построении паранойяльных концепций относительно причин собственного заболевания.

### **2.3.3.3 Методика «Уровень социальной фрустрированности»**

Данная методика была разработана для оценки социального благополучия коллективом авторов в составе Л.И. Вассермана, Б.В. Иовлева, М.А. Беребина и др. в НИПНИ им. Бехтерева (Вассерман с соавт., 2004).

Тест оценивает уровень «удовлетворенности-неудовлетворенности» в двадцати сферах отношений личности, из которых в дальнейшем выделяется 5 блоков:

- Удовлетворенность взаимоотношениями с близкими (семья)
- Удовлетворенность ближайшим социальным окружением (друзья, коллеги)
- Удовлетворенность социальным статусом (уровень образования, профессиональная подготовка и профессиональная деятельность)
- Удовлетворенность социально-экономическим положением (материальное положение, жилищно-бытовые условия, проведение досуга)
- Удовлетворенность собственным здоровьем и работоспособностью (физическое и психическое здоровье, работоспособность)

Респонденту предлагается оценить каждый вопрос по пятибалльной шкале, где 1 – «полностью удовлетворен», 5 – «полностью не удовлетворён», таким образом, наибольший балл соответствует большей неудовлетворенности по шкале. Чем больше балл, тем больший уровень неудовлетворенности отмечается как в целом, так и отдельно по шкалам.

Индекс социальной фрустрированности ( $Q_{CF}$ ) является интегральной оценкой, показатель уровня социальной фрустрированности интерпретируется следующим образом:

$Q_{CF} < 1,5$  – полное отсутствие социальной фрустрированности или высокий уровень удовлетворенности;

$1,5 \leq Q_{CF} < 2,5$  — социальная фрустрированность отчетливо не декларируется;

$3,5 \leq Q_{CF} < 4,5$  — умеренная степень социальной фрустрированности;

$4,5 \leq Q_{CF}$  — высокая степень социальной фрустрированности.

Таким образом, методика позволяет сформировать профиль, который показывает сферы наибольшей или наименьшей социальной фрустрированности.

#### **2.3.3.4 «Метод мотивационной индукции» Ж. Нюттена**

Метод мотивационной индукции разработан Ж. Нюттеном (Нюттен, 2004) и адаптирован в России Н.Н. Толстых (Толстых, 2005). Методика направлена на исследование временной перспективы будущего и представляет собой набор из тридцати неоконченных предложений, которые респонденту требуется закончить. Утверждения делятся на двадцать позитивных и десять негативных индукторов.

Согласно автору методики временная перспектива представлена конфигурацией темпорально локализованных объектов, виртуально занимающих сознание субъекта в какой-либо ситуации. В определение временной перспективы входят «материальный» и «объективный компоненты», т.е., это объекты прошлого и будущего, которые и составляют временную перспективу. Таким образом, временная перспектива не является «предзаданным» или «пустым пространством», в то время как мотивационные объекты, цели и способы их достижения, воспоминания не существуют вне временной перспективы, т.к. имеют временные знаки, неотъемлемые от их содержания.

Основываясь на данной концепции, был предложен метод, позволяющий выявить содержательные характеристики мотивации, а также

темпоральную локализацию мотивационных объектов, что в совокупности позволяет охарактеризовать и проанализировать временную перспективу будущего.

Анализ результатов производится по двум кодам: темпоральный (временной) и код анализа содержания мотивации. Полученные высказывания дают представление о «мотивационных объектах» (мотивационных индукторах), характеризующих мотивационную сферу индивида.

В данном исследовании использовались следующие категории анализа содержания **мотивационных объектов**:

*S (Self)* – мотивационные объекты, относящиеся к личности самого субъекта, где выделяются более конкретные мотивационные индукторы:

- *Spre (ph)* – стремление к физическому самосохранению, сохранению здоровья (... *я бы хотел поскорее поправиться*)
- *Spre(ec)* – стремление к экономическому самосохранению, стабильной экономической ситуации (... *я бы хотел иметь стабильный доход*)
- *Spre (ps)* – стремление к психологическому самосохранению, устойчивости, психологическому благополучию (... *я бы хотел меньше тревожиться*)

*SR (Self-realization)* – стремления или действия субъекта, направленные на развитие, самоактуализацию (...*я бы хотел стать лучше*)

*C (contact)* – мотивационные объекты, включающие социальные контакты, где:

- *C<sub>2</sub>* – ожидание чего-либо от другого (...*я бы хотел, чтобы врач уделял мне больше внимания*)
- *C<sub>3, f</sub> (family)* – цели, пожелания, формулируемые для членов семьи, ближайшего окружения (... *я бы хотел, чтобы мои дети были счастливы*)

**Темпоральные категории.** Основные темпоральные единицы в данной методике поделены на два блока: календарные периоды и периоды социального времени.

Календарные периоды:

*D* – день

*W* – неделя

*M* – месяц

*Y* – год

Периоды социального времени:

*I* – период «открытого настоящего», когда мотивационный объект расположен не только в данный момент времени, но и в отдаленном будущем, вместе с тем подчеркивается длительность существования этого желания (*... я бы хотел всегда оставаться здоровым*)

*L* – расположение мотивационных объектов по всему периоду жизни, когда обращение ко времени достаточно неопределенно (*...я бы не хотел никого обидеть, даже случайно*)

*A<sub>1</sub>* – расположение мотивационных объектов в первой половине взрослой жизни (условно 25-45 лет) (*... я бы хотел меньше ссориться с женой*)

*A<sub>2</sub>* – расположение мотивационных объектов во второй половине взрослой жизни (условно 45-65 лет) (*...я бы хотел успеть завершить много интересных проектов до выхода на пенсию*)

*AO* – расположение мотивационных объектов во взрослой жизни и периоде старости (*... я бы хотел быть примером для своих детей и внуков*)

*O* – расположение мотивационных объектов в периоде пожилого возраста (условно после выхода на пенсию) (*... я бы хотел работать даже после выхода на пенсию*)

*x* – данный код используется тогда, когда мотивационные объекты не могут быть расположены на временной шкале индивида, т.к. имеют

отношение к историческому времени (*... я бы так хотел, чтобы в мире было меньше страданий и несправедливости*)

### **2.3.3.5 Метод прототипического анализа социальных представлений по П. Вержесу**

Понятие «социальное представление» было введено С. Москвини, и по содержанию было близко к понятию коллективного представления, которое ранее использовалось Э. Дюркгеймом. В трактовке С. Москвини под социальными представлениями понимались особые формы коллективного знания, социально сформированные и служащие для практического применения в повседневной жизни, которые разделялись всеми индивидами, входящими в определенное сообщество. Существует ряд подходов для анализа как самого понятия социальных представлений, так и феномена, в данном работе использовался структурный подход к исследованию социальных представлений. Структурный подход был предложен социальным психологом Ж.-К. Абриком, и позволяет привести понятие социальных представлений к анализируемому виду (Abric, 1971). Данная теория зачастую называется теорией «ядра и периферии», согласно которой необходимо выделить те представления, которые отражают коллективную социальную память определенной группы («ядро»), и представления, отражающие многообразие и гетерогенность данной группы («периферия»), которые привязаны к актуальному социальному контексту и выполняют функции адаптации «ядра».

В рамках данного подхода П. Вержесом был разработан метод прототипического анализа социальных представлений (Verges, 1994), который позволяет выявить совокупность социальных представлений индивидов о том или ином явлении, которые складываются из набора свободных ассоциаций к подобранному слову, определяющих данное

явление. Подобранные респондентами ассоциации в дальнейшем подразделяются на 4 группы или зоны.

I область — ядро, куда относятся основные содержательные элементы, которые должны отвечать следующим двум требованиям: частота встречаемости в данной группе и их первоочередное упоминание. Если показатель превышает медианное значение по группе, а ранг упоминания меньше среднего по группе, то понятие определяется в ядерную область.

Исходя из соотношения ранга и частоты показателей формируются три другие структурные области социального представления: II и III области (буферные) и IV область — периферическая. В буферную область II попадают элементы, которые имеют низкие частотность и ранг, в область III относят элементы, обладающие высокой частотностью, но имеющие низкий ранг. На периферию выносятся элементы, которые упоминаются респондентами редко и в последнюю очередь.

## **2.4 Методы математико-статистической обработки**

Математико-статистическая обработка данных исследования проводилась с помощью методов статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 28.0 и Microsoft Excel 2010.

Для сопоставления результатов клинико-психологического исследования в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии достоверность частот встречаемости ответов проверялась с использованием критерия  $\chi^2$ -Пирсона, различия по средним показателям рассчитывались при помощи критерия U-Манна-Уитни.

Для анализа социально-демографических параметров выборки и влияния данных факторов на степень приверженности терапии использовался метод логистической регрессии для проверки влияния пола, возраста и уровня образования на степени приверженности терапии.

Сравнение выборок по полу и уровню образования проводилось с помощью критерия  $\chi^2$ -Пирсона.

Для анализа различий между группами пациентов с разной степенью приверженности терапии по психодиагностическим показателям использовался критерий  $\chi^2$ -Пирсона для анализа реакций на заболевание, критерий U-Манна-Уитни для сравнения средних показателей по степени социальной фрустрированности. Для анализа взаимосвязи временной перспективы и мотивационной сферы со степенью приверженности терапии была построена общая линейная модель с повторными измерениями.

Для изучения взаимосвязи зависимой переменной (степень приверженности терапии) с независимыми (психологические характеристики) использовались логистическая и линейная регрессии.

### **ГЛАВА 3. Результаты клинико-психологического исследования пациентов с мочекаменной болезнью**

В данной главе представлены результаты клинико-психологического исследования пациентов с мочекаменной болезнью, а также результаты сравнительного и регрессионного анализа данных психометрического исследования.

Основной задачей исследования являлось сравнительное изучение социально-демографических, психологических и клинических характеристик пациентов с разным уровнем приверженности терапии. Поэтому первый этап исследования состоял в изучении приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью.

#### **3.1 Исследование степени приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью**

Уровень приверженности терапии изучался с помощью методики «Уровень комплаентности» (Кадыров с соавт., 2014). Тест позволяет определить общий уровень комплаентности и ее компоненты: социальная, эмоциональная и поведенческая комплаентность.

Результаты исследования приверженности терапии позволили сформировать две экспериментальные группы пациентов – с высокой и средней степенью приверженности терапии. Все дальнейшие результаты рассматриваются в контексте сравнительно анализа данных этих двух групп. Была построена регрессионная модель для проверки влияния пола, возраста и уровня образования на степень приверженности терапии. Значимого влияния данных факторов на степень приверженности терапии выявлено не было.

В Таблице 3 и на Рис. 1 представлено распределение обследованных пациентов на группы с высокой и средней степенью приверженности терапии. В группу с высокой степенью приверженности терапии вошли



пациенты со значениями этого показателя от 81 и выше, в группу пациентов со средней степенью приверженности терапии пациенты со значениями показателя от 41 до 80. Указанные диапазоны приведены авторами методики (Там же).

Таблица 3. Средние значения общего показателя приверженности терапии в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Группы	n, %	M ( $\sigma$ )
Пациенты группы высокой приверженности	67 (59)	93,58 (7,62)
Пациенты группы средней приверженности	47 (41)	69,12 (10,18)

Данные, представленные в Таблице 3, для наглядности представлены и на Рис. 1.

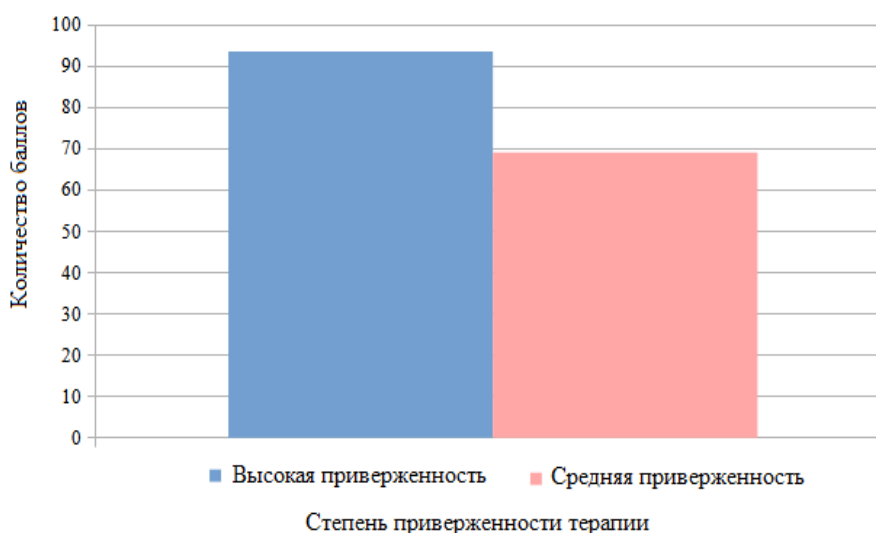


Рис. 1 Средние значения показателей приверженности терапии в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Данные, представленные в Таблице 3 и на Рисунке 1, демонстрируют, что высокая степень приверженности терапии выявлена у 67 человек, а средняя — у 47 человек. Пациентов с низкой степенью приверженности терапии в данной выборке не выявлено. Для сравнения данных 2-х групп с разным уровнем приверженности терапии, полученных с помощью методики «Уровень комплаентности», использовался U-критерий Манна-Уитни.

В таблице 4 представлены средние значения показателей социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности в группах пациентов с

высокими и средними значениями общего показателя приверженности терапии.

Таблица 4. Средние значения социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности в группах с высокой и средней степенью приверженности терапии

Шкалы опросника «Уровень комплаентности»	Группы пациентов		U-Манна-Уитни	
	Высоко приверженные терапии пациенты (n=67) M (σ)	Средне приверженные терапии пациенты (n=47) M (σ)	U	p
Социальная комплаентность	30,91 (3,18)	22,96 (4,34)	188	0,000
Эмоциональная комплаентность	30,36 (3,13)	22,94 (3,95)	197	0,000
Поведенческая комплаентность	30,70 (3,80)	22,06 (3,76)	119	0,000

Данные, представленные на Таблице 4, демонстрируют достоверные различия между группами по показателям социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности. Все три показателя в группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии достоверно выше, чем в группе со средней приверженностью ( $p=0,000$ ).

Таким образом, результаты исследования приверженности терапии показали, что в выборке из 114 пациентов с мочекаменной болезнью 67 пациентов характеризуются высокой степенью приверженности терапии и 47 пациентов – средней. Пациентов с низкой степенью приверженности терапии не выявлено. Значения показателей отдельных компонентов комплаентности (социальная, эмоциональная и поведенческая комплаентность) в группе высококомплаентных пациентов достоверно выше, чем у пациентов со средней степенью приверженности лечению: «социальная комплаентность» —  $p<0,000$ , «эмоциональная комплаентность –  $p<0,000$ , «поведенческая комплаентность» –  $p<0,000$ . Пациенты с высокой степенью приверженности терапии более ориентированы на выстраивание доверительных отношений с лечащим врачом, характеризуются стремлением к точному соблюдению рекомендаций, в то время как пациенты со средней приверженностью терапии характеризуются непостоянством поведения в рамках терапии, отсутствием системности, в терапевтических взаимоотношениях, склонны

подвергать сомнению профессиональные рекомендации врача, руководствоваться собственными умозаключениями.

Полученные однонаправленные различия между отдельными компонентами приверженности лечению свидетельствуют об их тесной взаимосвязи и позволяют рассматривать комплаентность как единый феномен, включающий социальные, эмоциональные и поведенческие компоненты.

### **3.2 Результаты сравнительного исследования согласованности оценок приверженности терапии врачами и пациентами с мочекаменной болезнью**

Оценка степени приверженности терапии на основании самоотчета пациентов была представлена в параграфе 3.1. Представляется целесообразным сопоставить самоотчеты пациентов с экспертной оценкой врача. В связи с этой задачей была составлена анкета для врача. Ряд вопросов в анкете врача совпадал с вопросами в анкете пациента, что в дальнейшем позволило сопоставить полученные результаты. Блоки вопросов, которые пересекались в анкетах, были направлены на оценку информированности пациента о заболевании, информированности о диете и питьевом режиме. Экспертная оценка сопоставлялась с результатами, полученными по методике «Уровень комплаентности». Полученные данные были подвергнуты частотному анализу, а именно: оценивалась частота совпадений ответов лечащего врача и пациента. Данные представлены на Таблице 5.

*Таблица 5.* Результаты сравнения оценок информированности о заболевании и приверженности терапии врачом и пациентом.

Параметры	Доля совпадений оценок врачей и пациентов, %	Доля завышенной оценки врачами, %
Степень приверженности терапии	64,9	28,3
Осведомленность о заболевании	57,9	20,1
Следование питьевому режиму	39,5	39,4

Продолжение таблицы 5.

Параметры	Доля совпадений оценок врачей и пациентов, %	Доля завышенной оценки врачами, %
Соблюдение низкобелковой диеты	41,2	46,4
Осведомленность о составе камня	77,2	19,2

Результаты, представленные в Таблице 5, свидетельствуют, что наибольшее число совпадений отмечается по пункту «Осведомленность о составе камня» — 77,2%, а наименьшее – по пунктам, относящимся к соблюдению питьевого режима — 39,5% и низкобелковой диеты — 41,2%. Отмечается, что экспертная оценка степени приверженности терапии пациентов близка к оценке, полученной по методике «Уровень комплаентности», процент совпадения — 65. Результаты сопоставления оценок степени приверженности терапии, данные пациентами и врачами, показывают, что в 30% случаев врачи переоценивают степень приверженности терапии у своих пациентов. В большей степени врачи переоценивают приверженность терапии по показателям следования питьевому режиму и соблюдению низкобелковой диеты. Так, в 46% случаев врачи при оценке следования низкобелковой диете, врачи оценивают приверженность выше, чем сами пациенты, а в 40% случаев переоценивают соблюдение питьевого режима. Таким образом, наиболее высокий процент совпадений отмечается по параметрам, которые могут быть фактически проверены, например, имеется ли результат анализа камня, либо проверить информированность пациента о заболевании в ходе беседы. По параметрам соблюдения диеты и питьевого режима отмечаются самые низкие проценты совпадений, что может быть обусловлено не только сложностью фактической проверки выполнения, но и тем, что врач и пациент могут ориентироваться на разные критерии соблюдения диеты, например, частичное исключение жирных продуктов из рациона питания пациент может расценивать как достаточное соблюдение рекомендаций питания, в то время как для врача это считается недостаточным соблюдением рекомендаций.

### 3.3 Сравнительный анализ социально-демографических, психологических и клинических характеристик пациентов с разной степенью приверженности терапии

Данные, полученные с помощью специально разработанного в связи с задачами данного исследования структурированного интервью, были проанализированы в контексте сравнения результатов двух групп пациентов – с высокой и средней приверженностью терапии.

В Таблице 6 представлено распределение обследованных пациентов по полу в группах с высокой и средней степенью приверженности терапии

Таблица 6. Распределение обследованных пациентов по полу в группах с высокой и средней степенью приверженности терапии (N, %).

Характеристика	Пациенты с высокой степенью приверженности терапии (n=67)		Пациенты со средней степенью приверженности терапии (n=47)		Всего (n=114) N
	N	%	N	%	
Пол: Мужчины	26	39	24	51	50
Женщины	41	61	23	49	64
Средний возраст (лет)	52		51		52

Данные, представленные в Таблице 6, свидетельствуют, что в группу с высокой приверженностью терапии вошло 61% женщин и 39% мужчин. В группе со средней приверженностью распределение по полу примерно одинаково: 51% мужчин и 49% женщин. Вместе с тем, значимых отличий по полу ( $\chi^2=1,68$ ,  $p>0,1$ ), а также по возрасту ( $U=1521,50$ ,  $p>0,5$ ) между группами обнаружено не было. Поэтому можно говорить лишь о тенденции к преобладанию женщин в группе с высокой приверженностью терапии.

В Таблице 7 представлены социально-демографические характеристики групп пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии.

Таблица 7. Социально-демографические характеристики групп пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Социально-демографические характеристики	Пациенты с высокой степенью приверженности терапии (n=67)		Пациенты со средней степенью приверженности терапии (n=47)		Всего (n=114)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Образование</b>						
• Среднее	6	9	8	17	14	12
• Средне специальное	23	34	14	30	37	33
• Неоконченное высшее	4	6	1	2	5	4
• Высшее	34	51	24	51	58	51
<b>Семейное положение</b>						
• Холост	2	3	6	13	8	6
• Гражданский брак	3	5	0	0	3	3
• В браке	43	64	34	72	77	68
• Разведен	9	13	3	6	12	11
• Вдова/вдовец	10	15	4	9	14	12
<b>Проживает</b>						
• В собственной семье	53	79	35	75	88	77
• В семье родителей или др. родственников	5	7	3	6	8	7
• Один	9	14	9	19	18	16
<b>Дети</b>						
• Нет	13	20	16	34	29	25
• Есть	54	80	31	66	84	75
<b>Взаимоотношения с близким социальным окружением</b>						
• Доброжелательные, доверительные	60	90	32	68	92	80
• Нейтральные	7	10	15	32	22	20
• Отчужденные	0	0	0	0	0	0
• Открыто конфликтные	0	0	0	0	0	0
<b>Степень социальной активности</b>						
• Активно вовлечен в жизнь семьи, общества	36	54	17	36	53	46
• Принимает участие в жизни семьи, общества	28	41	25	53	53	46
• Не задействован в жизни семьи, общества	3	5	5	11	8	8
<b>Место проживания</b>						
• Город	63	94	40	85	103	90
• Пригород	3	4	4	9	7	6
• Сельская местность	1	2	3	6	4	4

Результаты изучения социально-демографических характеристик обследованных пациентов выявили, что преобладающая часть пациентов – 90 % – проживает в городе, в пригороде проживают 6%, в сельской местности – 4% пациентов. По признаку «семейное положение» были

получены следующие результаты: в группе высоко приверженных 64% состоят в официальном браке и 5% в гражданском, 13% пациентов разведены и 15% вдовцы. В группе со средней приверженностью терапии 72% пациентов состоят в официальном браке, в гражданском браке не состоит никто, 6% пациентов в разводе и 9% — вдовы/вдовцы. Следует отметить, что в группе пациентов со средней приверженностью терапии отмечается некоторое повышение процента пациентов, состоящих в официальном браке, и отсутствуют пациенты, состоящие в гражданском браке, в то время как в группе с высокой приверженностью терапии таких пациентов 5%.

Выявлено, что бóльшая часть пациентов обеих групп проживает в своей семье (супруг/супруга и дети): 79% в группе высоко приверженных и 75% в группе средне приверженных.

Анализ данных об уровне образования показал, что в обеих обследованных группах 51% пациентов имеет высшее образование. Среднее специальное образование имеют 33% пациентов (34% в группе высокоприверженных пациентов и 30% – в группе со средней приверженностью терапии). Среднее образование имеют 12% пациентов (9% в группе высокоприверженных пациентов и 17% – в группе со средней приверженностью терапии). Наименьшее количество пациентов в обеих группах имеют неоконченное высшее образование: в группе пациентов с высокой приверженностью – 6%, в группе со средней приверженностью — 2%. Таким образом, в исследованной выборке пациентов с мочекаменной болезнью наибольшее число пациентов имеют высшее и среднее специальное образование. Значимых различий между группами по уровню образования выявлено не было ( $\chi^2=2,57$ ,  $p>0,4$ ).

Полученные данные свидетельствуют, что две группы пациентов с различной степенью приверженности терапии по своим социально-демографическим характеристикам не различаются.

В Таблице 8 представлены клинические характеристики пациентов исследованной выборки.

Таблица 8. Клинические и клинико-психологические характеристики пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Клинические характеристики	Пациенты с высокой степенью приверженности терапии (n=67)		Пациенты со средней степенью приверженности терапии (n=47)		Всего (n=114)	
	N	%	N	%	N	%
Диагноз по МКБ	N20.0					
Осведомленность о мочекаменной болезни						
• четкое представление	23	34	13	28	36	32
• общее представление	41	61	31	66	72	63
• не осведомлен	3	5	3	6	6	5
Осведомленность о предстоящей операции, ее возможных последствиях						
• четкое представление	21	31	14	30	35	31
• общее представление	44	66	30	64	74	65
• не осведомлен	2	3	3	6	5	4
Прогноз заболевания						
• понятен	45	67	28	60	73	64
• не понятен	22	33	19	40	41	36
Отношение к операции						
• понимаю ее необходимость и не испытываю тревогу	41	61	24	51	65	57
• понимаю ее необходимость, но испытываю достаточно сильную тревогу	26	39	23	49	49	43
• сомневаюсь в необходимости	0	0	0	0	0	0
Отношение к лечению						
• полностью согласен с рекомендациями врача	55	82	24	51	79	69
• частично согласен с рекомендациями врача	12	18	22	47	34	30
• не согласен с рекомендациями врача	0	0	1	2	1	1
Осведомленность ближайшего социального окружения о заболевании						
• четкое представление	22	33	11	24	33	29
• общие сведения	43	64	34	72	77	68
• не осведомлены	2	3	2	4	4	3
Наличие поддержки со стороны ближайшего социального окружения						
• есть	61	91	39	83	100	88
• нет	6	9	8	17	14	12
Взаимоотношения с лечащим врачом						
• доброжелательные, доверительные	45	67	28	60	73	64
• нейтральные	21	31	19	40	40	35
• отчужденные	1	2	0	0	1	1
• открыто конфликтные	0	0	0	0	0	0



Продолжение таблицы 8.

Клинические характеристики	Пациенты с высокой степенью приверженности терапии (n=67)		Пациенты со средней степенью приверженности терапии (n=47)		Всего (n=114)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Ограничения, связанные с имеющимся заболеванием</b>						
• большое количество ограничений (инвалидность, строгая диета, прием лекарств, ограничение физических и эмоциональных нагрузок и проч.)	6	9	4	8	10	9
• среднее (временная нетрудоспособность, диета, прием лекарств и проч.)	37	55	20	43	57	50
• минимальное количество ограничений	24	36	23	49	47	41
<b>Давность мочекаменной болезни</b>						
• < 1 года	12	18	4	8	16	14
• 1-3 года	12	18	9	19	21	18
• 3-6 лет	9	13	12	26	21	18
• > 6 лет	34	51	22	47	56	50
<b>Частота госпитализаций в связи с мочекаменной болезнью (за последний год)</b>						
• отсутствие госпитализаций	13	19	14	30	27	24
• 1-2 госпитализации	38	57	26	55	64	56
• 3-5 госпитализаций	15	22	5	11	20	17
• более 5 госпитализаций	1	2	2	4	3	3

В Таблице 8 представлен блок клинических характеристик, который включал данные: диагноз по МКБ (N20.0), частота госпитализаций в связи с мочекаменной болезнью, давность заболевания, степень информированности о заболевании и планируемой операции, наличие поддержки со стороны ближайшего окружения, а также взаимоотношения с лечащим врачом.

Результаты исследования не выявили существенных различий между группами. В группе с высокой приверженностью терапии длительность заболевания более 6 лет имеют 51% пациентов, от 3-х до 6-ти лет – 13%, от 1 года до 3-х лет – 18 %. В группе со средней приверженностью терапии длительность заболевания более 6 лет имеют 47% пациентов, от 3-х до 6-ти

лет – 26%, от 1 года до 3-х лет – 19 %. Можно отметить тенденцию к несколько большему числу пациентов с длительностью заболевания от 3-х до 6-ти лет в группе пациентов со средней степенью приверженности терапии.

Анализ данных о частоте госпитализаций за последний год показал, что самый большой процент в обеих группах приходится на одну-две госпитализации, в группе высоко приверженных пациентов это 57%, средне приверженных – 55%. Не имели госпитализаций в течение последнего года 18% пациентов группы с высокой степенью приверженности терапии и 8% пациентов группы со средней приверженностью. Лишь небольшой процент пациент обеих групп имели более 5 госпитализаций за последний год: 2% в группе высокоприверженных и 4% в группе со средней приверженностью терапии.

Изучение отношения к лечению выявило, что пациенты в группе с высокой приверженностью чаще полностью согласны с рекомендациями врача – 82%, в то время как в группе со средней приверженностью этот процент значительно ниже – 51%. Схожие результаты были получены и по отношению к планируемой операции: в группе высокоприверженных пациентов 61% обследованных отметили, что понимают необходимость операции и не испытывают выраженной тревоги по этому поводу, а в группе пациентов со средней приверженностью таким отношение характеризуется 51% пациентов. При этом, 49% пациентов в группе со средней приверженностью терапии отметили, что несмотря на понимание необходимости операции, испытывают выраженную тревогу, связанную с данной процедурой; в группе высокоприверженных этот процент ниже — 39%.

Блок вопросов об осведомленности о заболевании и последующем лечении позволил получить следующие результаты. Осведомленность о мочекаменной болезни в группе с высокой приверженностью по самоотчету пациентов выше, чем в группе со средней приверженностью (34% и 28% соответственно), однако достоверных отличий выявлено не было ( $\chi^2=0,67$ ,

$p < 0,5$ ). Осведомленность о предстоящей операции в обеих группах одинаковая (31% и 30% соответственно). Схожие данные были получены и по вопросу о прогнозе заболевания в целом. Так, в обеих группах более половины пациентов ответили, что прогноз заболевания им понятен (67% и 60% соответственно). Интересно отметить, что по вопросам осведомленности ближайшего окружения пациента о его заболевании в группе с высокой приверженностью терапии четкое представление ближайшего окружения о заболевании отмечают 33% процента пациентов, а в группе со средней приверженностью этот процент ниже – 24%. В группе пациентов со средней степенью приверженности терапии 72% отметили, что имеют скорее общее представление о заболевании, а в группе пациентов с высокой приверженностью – 64%.

Изучение социальных взаимоотношений выявило, что 91 % пациентов из группы с высокой приверженностью отмечают наличие поддержки близких, а в группе пациентов со средней приверженностью таких пациентов 83%. Также высокоприверженные пациенты более активно вовлечены в социальную сферу жизни: активную вовлеченность в социальную сферу отмечают 54% высокоприверженных и 36 % пациентов группы со средней приверженностью терапии.

Результаты исследования отношений с лечащим врачом свидетельствует, что как доверительные характеризуют свои отношения с врачом 67% пациентов в группе с высокой приверженностью терапии и 60% в группе со средней приверженностью; как нейтральные взаимоотношения – 31% в группе с высокой приверженностью и 40% в группе со средней приверженностью.

### 3.4 Результаты сравнительного исследования информированности о заболевании и лечении, степени сформированности установок на выполнение терапевтических назначений и поведенческих паттернов у пациентов с разной степенью приверженности терапии

Для анализа информированности пациентов о мочекаменной болезни, установок на лечение, а также сформированности поведенческих паттернов, была разработана анкета, вопросы которой были разделены на три блока: знания, установки, поведение. Для обработки полученных данных использовался критерий U-Манна-Уитни.

Анализ результатов анкетирования показал, что значимых отличий по уровню информированности о заболевании между двумя группами нет ( $p > 0,05$ ).

В Таблице 9 представлены средние показатели уровня сформированности установок на выполнение врачебных назначений в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Таблица 9. Средние показатели уровня установок на выполнение врачебных назначений в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Блоки структурированного интервью для пациента	Группы пациентов		U-Манна-Уитни	
	Высоко приверженные терапии пациенты (n=67) M ( $\sigma$ )	Средне приверженные терапии пациенты (n=47) M ( $\sigma$ )	U	p
Установки (степень сформированности и установок на выполнение врачебных назначений)	9,49 (2,20)	8,30 (1,78)	969	0,000

Данные, представленные в Таблице 9, показывают, что пациенты с высокой приверженностью терапии достоверно чаще отмечают сформированность установок к выполнению назначений врача, чем пациенты со средней приверженностью ( $p < 0,000$ ). При этом достоверных различий по степени сформированности поведенческих паттернов ( $p > 0,05$ ), направленных

на выполнение врачебных назначений, между пациентами с высокой и средней приверженностью выявлено не было.

Анализ результатов анкетирования показал, что пациенты с высокой приверженностью чаще выполняют назначенные рекомендации, а также реже испытывают тревогу, связанную с предстоящей операцией, чем пациенты со средней приверженностью. В сфере социальных взаимоотношений высокоприверженные пациенты более активны, они чаще имеют поддержку со стороны близких и друзей, чем пациенты со средней приверженностью. Результаты анкетирования, направленные на изучение степени информированности, установок и поведенческих паттернов, направленных на выполнение врачебных назначений, показали, что значимых отличий по степени информированности и степени сформированности поведенческих паттернов между сравниваемыми группами нет. Вместе с тем, было показано, что в группе пациентов с высокой приверженностью терапии достоверно большая степень сформированности установок следовать назначениям врача и изменению в связи с этим образа жизни ( $p < 0,000$ ). Таким образом, установки на следование медицинским назначениям могут выступать мишенью краткосрочного психологического вмешательства для повышения приверженности терапии.

### **3.5 Результаты сравнительного исследования типов отношения к болезни у пациентов с разной степенью приверженности терапии**

Исследование отношения к болезни проводилось с помощью методики ТОБОЛ (Вассерман с соавт., 2014). Результаты исследования были подвергнуты частотному анализу с применением критерия  $\chi^2$ -Пирсона, для этого данные были сгруппированы в три блока: первый блок – адаптивные реакции, второй и третий блоки – отражают наличие психической дезадаптации в зависимости от направленности реагирования на болезнь (интерпсихический и интрапсихический).

В Таблице 10 и Рис. 2 представлены блоки типов отношения к болезни в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии.

Таблица 10. Представленность блоков типов отношений к болезни в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Блоки реакций на заболевание по методике «ТОБОЛ»	Высокая приверженность (n=67)	%	Средняя приверженность (n=47)	%
Адаптивный	53	79,1	19	40,4
Интерпсихический	11	16,4	18	38,3
Интрапсихический	3	4,5	10	21,3
$\chi^2 = 18,577, p < 0,000$				

Выявленные различия наглядно представлены на Рис. 2.

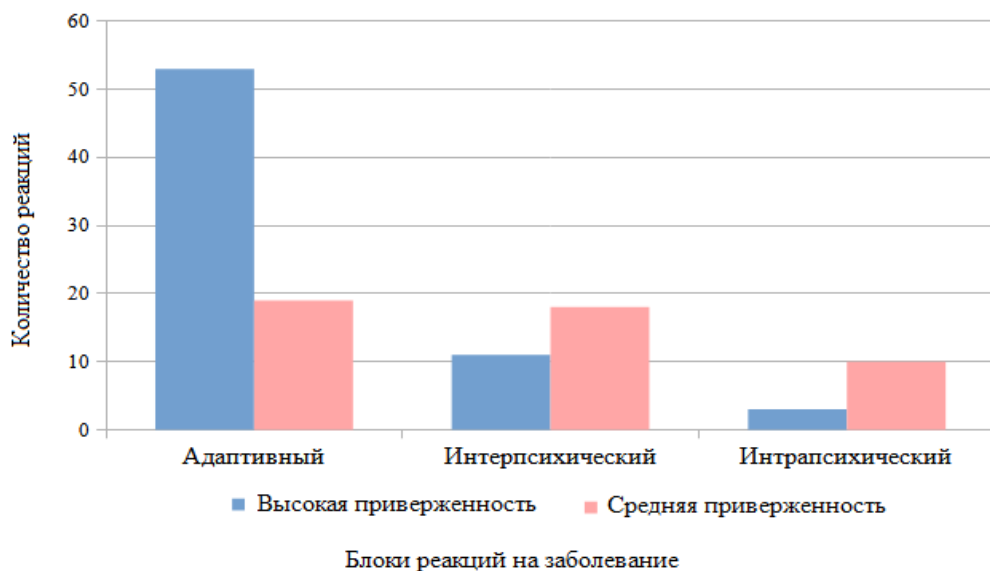


Рис. 2. Распределение числа высокоприверженных и среднеприверженных терапии пациентов по «блокам» типов отношения к болезни

Распределение, представленное в Таблице 10 и на Рис. 2, демонстрирует, что в группе пациентов с высокой приверженностью терапии процент реакций на болезнь адаптивного блока значимо выше, чем у пациентов в группе со средней приверженностью (79% и 40% соответственно при  $p < 0,000$ ). Напротив, в группе пациентов со средней степенью приверженности терапии отмечается значимое преобладание дезадаптивных реакций на заболевание: в группе высокоприверженных – 21%; в группе со средней степенью приверженности – 60%. Анализ дезадаптивных блоков показывает, что в группе пациентов со средней приверженностью терапии

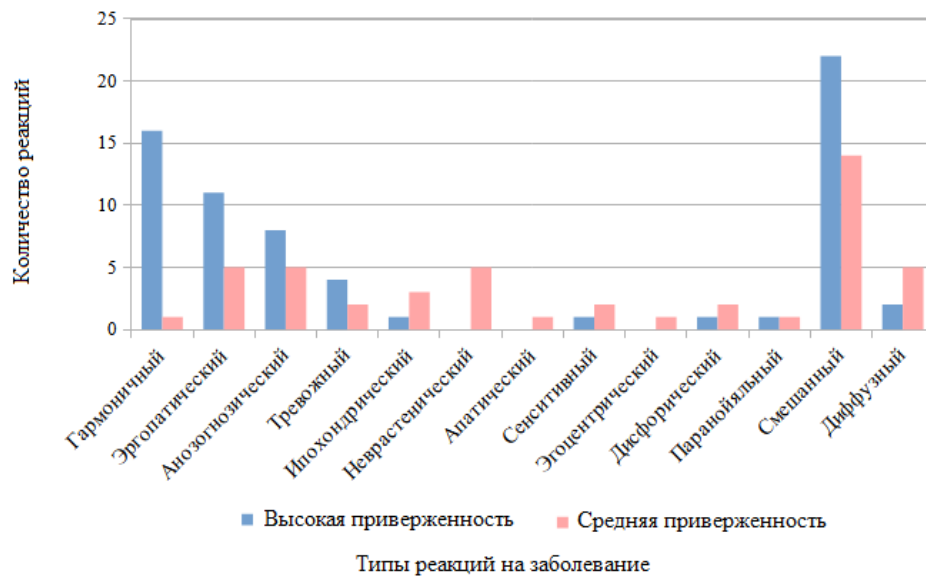
процент интерпсихических и интрапсихических реакций значимо выше, чем в группе с высокой степенью приверженности терапии: интрапсихические реакции отмечены у 21% пациентов из группы средней приверженности и у 5% пациентов группы высокоприверженных; интерпсихические реакции — у 16% высокоприверженных пациентов и 38% у пациентов со средней приверженностью терапии.

В Таблице 11 и на Рис. 3 представлено распределение высокоприверженных и среднеприверженных терапии пациентов по типам реагирования на болезнь.

Таблица 11. Частота встречаемости типов реагирования на болезнь в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии (N, %)

Типы реакций на болезнь	Высокая приверженность (n=67)	%	Средняя приверженность (n=47)	%
Гармоничный	16	24	1	2
Эргопатический	11	16	5	11
Анозогнозический	8	12	5	11
Тревожный	4	6	2	4
Ипохондрический	1	1,5	3	6
Неврастенический	0	0	5	11
Апатический	0	0	1	2
Сенситивный	1	1,5	2	4
Эгоцентрический	0	0	1	2
Дисфорический	1	1,5	2	4
Паранойяльный	1	1,5	1	2
Смешанный	22	33	14	30
Диффузный	2	3	5	11
$\chi^2 = 25,862, p < 0,01$				

Более наглядно полученные различия представлены на Рис. 3.



*Рис. 3.* Частота встречаемости типов реагирования на болезнь в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Полученные данные были проанализированы, исходя из ведущей реакции на заболевание (Таблица 11, Рис. 3). Выявлено, что в группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии достоверно чаще встречается гармоничный тип реагирования на болезнь (доля респондентов — 24%), чем в группе со средней степенью приверженности (доля респондентов — 2%) ( $p < 0,01$ ). Напротив, в группе со средней степенью приверженности терапии значимо чаще встречается неврастенический тип реагирования на болезнь (доля респондентов — 11%), чем в группе с высокой приверженностью (доля респондентов — 0%) ( $p < 0,01$ ). Также были проанализированы смешанные и диффузные реакции на болезнь, которые отражают совокупность двух или более реакций, значимых отличий по данным типам реагирования между двумя группами пациентов выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

Также результаты исследования свидетельствуют, что наиболее представленными реакциями на заболевания в группе высокоприверженных пациентов являются гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы, которые относятся к блоку адаптивных заболеваний. В группе среднеприверженных пациентов наиболее представленными типами реакций



являются эргопатический, анозогнозический и неврастенический, а реакции гармоничного типа составляют лишь 2%.

Таким образом, в группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии отмечается значимое преобладание реакций на заболевание, относящихся к «адаптивному блоку» ( $p < 0,000$ ), а в группе пациентов со средней приверженностью значимо преобладают реакции «дезадаптивного блока» ( $p < 0,000$ ). Анализ отдельных типов реакций показал, что в группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии гармоничный тип реагирования встречается значимо чаще ( $p < 0,01$ ), чем в группе пациентов со средней приверженностью, в то время как в группе со средней приверженностью достоверно чаще встречается неврастенический тип реагирования ( $p < 0,01$ ) в сравнении с группой высокоприверженных пациентов.

### **3.6 Результаты исследования временной перспективы и мотивационной сферы у пациентов с разной степенью приверженности терапии**

Для изучения мотивация использовался «Метод мотивационной индукции» Ж. Нюттена (Нюттен, 2004) в адаптации Н.Н. Толстых (Толстых, 2005), который позволяет выявить содержательные характеристики мотивации, а также темпоральную локализацию мотивационных объектов, что в совокупности позволяет охарактеризовать и проанализировать временную перспективу будущего.

Для определения значимости различий между отдельными категориями временной перспективы (внутригрупповой фактор) и группами респондентов (межгрупповой фактор) для показателей каждого мотивационного индуктора по методике Ж. Нюттена был проведен двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA. Анализу были подвергнуты следующие категории мотивационных индукторов:

- мотивационные объекты, относящиеся к личности самого субъекта, где выделяются более конкретные мотивационные индукторы:  
 стремление к физическому самосохранению — spre (ph),  
 стремление к психологическому самосохранению — spre (ps),  
 стремление к экономическому самосохранению — spre (ec),
- мотивационные объекты, включающие социальные контакты: C2 и C3,f,
- стремления или действия субъекта, направленные на самоактуализацию — SR

#### **Анализ мотивационных индукторов spre (ph) (физическое самосохранение)**

Был проведен статистический анализ показателей количества мотивационных индукторов spre (ph) (физическое самосохранение) у респондентов двух групп (высокая и средняя степени приверженности) для календарных единиц времени (день (D), неделя (W), месяц (M), год (Y)).

Двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA с одним межгрупповым фактором *Группа* (степень приверженности терапии) и одним внутригрупповым фактором *Тип календарных единиц времени* (день D, неделя W, месяц M, год Y) показал статистически достоверное влияние внутригруппового фактора ( $p < 0,001$ ), межгруппового фактора ( $p < 0,001$ ) и взаимодействия факторов *Группа\*Тип календарных единиц времени* ( $p < 0,01$ ) на количество мотивационных индукторов spre (ph) (физическое самосохранение) (рис. 4).

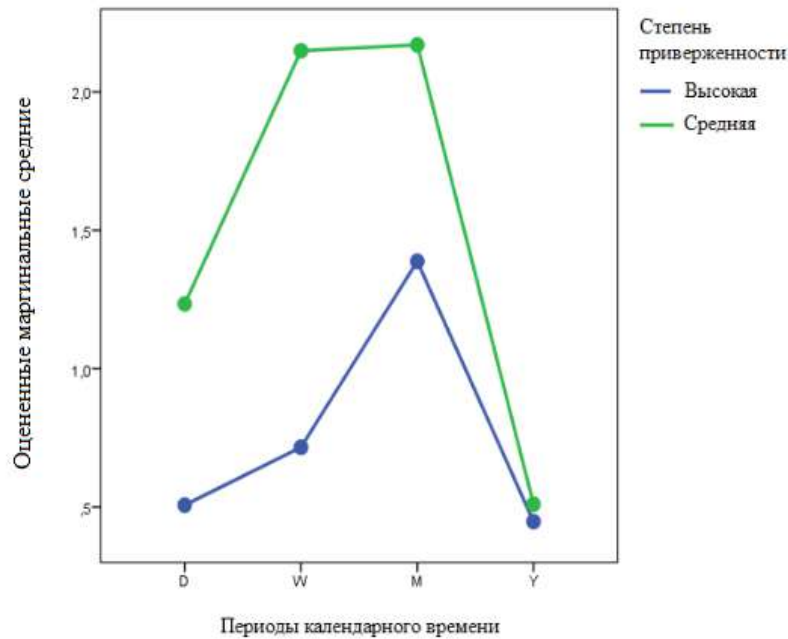


Рис. 4. Количество мотивационных индукторов spre (ph) (физическое самосохранение) в различные периоды календарного времени (D – день, W – неделя, M – месяц, Y – год) в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Также был проведен статистический анализ показателей количества мотивационных индукторов spre (ph) (физическое самосохранение) у респондентов двух групп (высокая и средняя степени приверженности) для единиц социального времени (период «открытого настоящего» (*l*), период всей жизни (L), период первой половины взрослой жизни, условно 25-45 лет ( $A_1$ ), период второй половины взрослой жизни, условно 45-65 лет ( $A_2$ ), период взрослой жизни и старости (AO), период пожилого возраста, условно после выхода на пенсию (O)).

Двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA с одним межгрупповым фактором *Группа* (степень приверженности терапии) и одним внутригрупповым фактором *Периоды социального времени* («открытое настоящее» *l*, первая половина взрослой жизни  $A_1$ , вторая половина взрослой жизни  $A_2$ , период взрослой жизни и старости AO, и период пожилого возраста O) показал статистически достоверное влияние внутригруппового фактора ( $p < 0,001$ ), межгруппового фактора ( $p < 0,001$ ) и взаимодействия факторов *Группа\*Тип социальных единиц времени* ( $p < 0,01$ ) на количество мотивационных индукторов spre (ph) (физическое самосохранение) (рис. 5).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что для высокоприверженных пациентов характерно преобладание мотивационных объектов в более отдаленной временной перспективе, а для среднеприверженных пациентов – в более близкой.

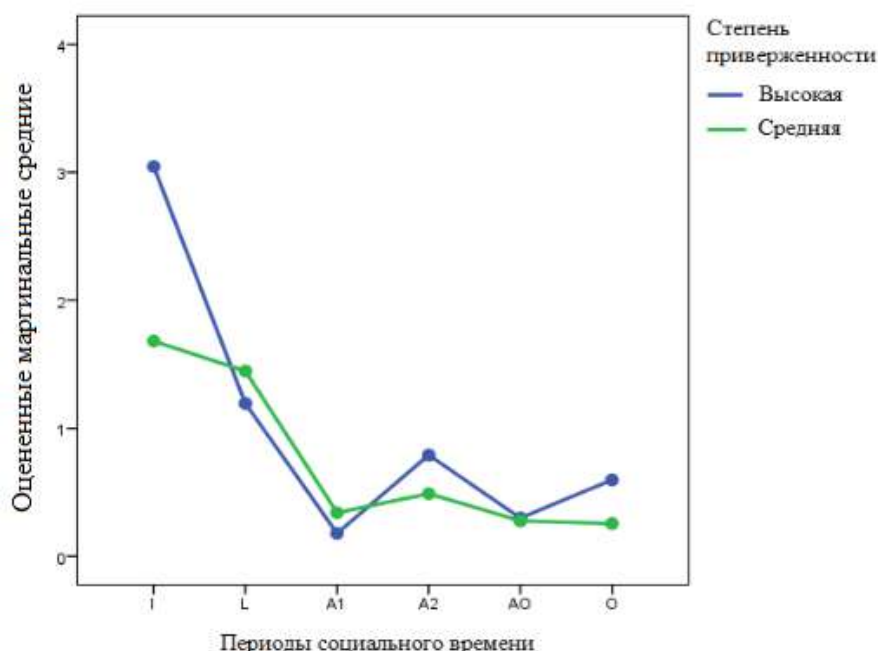


Рис. 5. Количество мотивационных индукторов spre (ph) (физическое самосохранение) в различные периоды социального времени (I – открытое настоящее, A<sub>1</sub> – первая половина взрослой жизни, A<sub>2</sub> — вторая половина взрослой жизни, AO — период взрослой жизни и старости, O — период пожилого возраста) в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Методом попарных сравнений был проведен анализ показателей количества мотивационных индукторов spre (ph) (физическое самосохранение) с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни у двух групп респондентов. Было выявлено, что пациенты с высокой степенью приверженности в сравнении с пациентами со средней степенью приверженности обнаруживают достоверно большее количество мотивационных индукторов spre (ph) в периодах социального времени: «открытое настоящее» I ( $p < 0,001$ ), в то время как пациенты со средней степенью приверженности обнаруживают достоверно большее количество мотивационных индукторов в краткосрочной временной перспективе: день D ( $p = 0,001$ ), неделя W ( $p < 0,001$ ), месяц M ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что для пациентов с высокой приверженностью терапии характерна мотивация физического самосохранения не только в конкретный момент времени (день, неделя, месяц), но она остается актуальной на протяжении длительного промежутка времени (*I*), в более отдаленном будущем. Для группы пациентов со средней приверженностью терапии данная мотивация актуальна преимущественно в ближайшем будущем, ограниченной конкретными временными рамками как день (*D*), неделя (*W*) и месяц (*M*).

#### **Анализ мотивационных индукторов spre (ps) (психологическое самосохранение)**

Для показателей количества мотивационных индукторов spre (ps) (психологическое самосохранение) также был проведен статистический анализ результатов двух групп (высокая и средняя степени приверженности) для календарных единиц времени (день (*D*), неделя (*W*), месяц (*M*), год (*Y*)) и социальных единиц времени (период «открытого настоящего» (*I*), период всей жизни (*L*), период первой половины взрослой жизни, условно 25-45 лет (*A<sub>1</sub>*), период второй половины взрослой жизни, условно 45-65 лет (*A<sub>2</sub>*), период взрослой жизни и старости (*AO*), период пожилого возраста, условно после выхода на пенсию (*O*)).

Двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA с одним межгрупповым фактором *Группа* (степень приверженности терапии) и одним внутригрупповым фактором *Периоды социального времени* показал статистически достоверное влияние внутригруппового фактора ( $p < 0,001$ ) на количество мотивационных индукторов spre (ps) (психологическое самосохранение) (рис. 6).

Таким образом, выявляется, что для пациентов с высокой приверженностью терапии характерно большее расположение мотивационных индукторов психологического самосохранения в более отдаленных периодах времени.

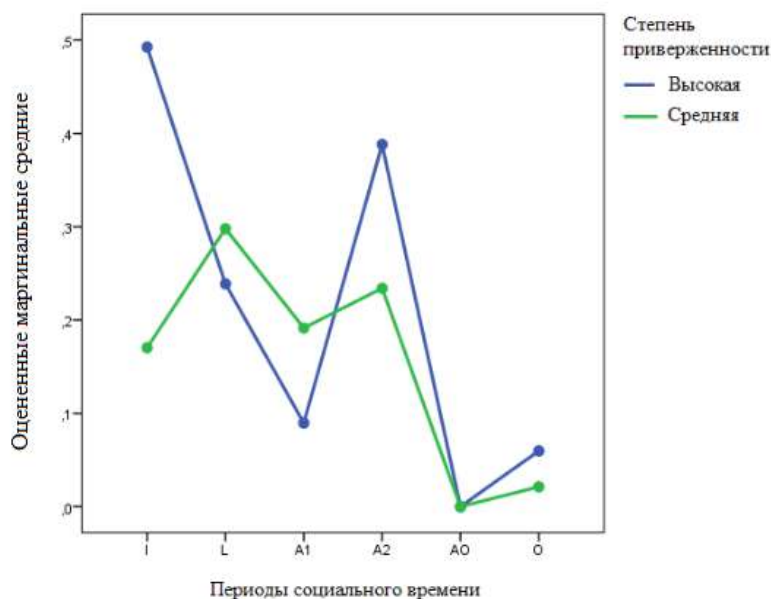


Рис. 6. Количество мотивационных индукторов  $spr_e$  (ps) (психологическое самосохранение) в различные периоды социального времени (I – открытое настоящее, A<sub>1</sub> – первая половина взрослой жизни, A<sub>2</sub> – вторая половина взрослой жизни, A<sub>0</sub> – период взрослой жизни и старости, O – период пожилого возраста) в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Методом попарных сравнений был проведен анализ показателей количества мотивационных индукторов  $spr_e$  (ps) (психологическое самосохранение) с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни у двух групп респондентов. Было выявлено, что пациенты с высокой степенью приверженности, в сравнении с пациентами со средней степенью приверженности, обнаруживают достоверно большее количество мотивационных индукторов  $spr_e$  (ps) (психологическое самосохранение) в периоде социального времени I («открытое настоящее») ( $p < 0,05$ ).

Значимых различий количества мотивационных индукторов по показателям календарного времени между группами ( $p < 0,9$ ) и внутри групп ( $p < 0,5$ ) выявлено не было.

Полученные результаты указывают на то, что мотивационные объекты психологического самосохранения в обеих исследованных группах находятся во временном континууме календарного времени (день, неделя, месяц), однако для высокоприверженных пациентов характерно стремление достижения данных объектов и в более отдаленной временной перспективе (L).

### Анализ мотивационных индукторов SR (стремления субъекта, направленные на развитие, самоактуализацию)

Был проведен статистический анализ показателей количества мотивационных индукторов SR (стремления субъекта, направленные на развитие, самоактуализацию) у респондентов двух групп (высокая и средняя степени приверженности) для календарных единиц времени (день (D), неделя (W), месяц (M), год (Y)).

Двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA с одним межгрупповым фактором *Группа* (степень приверженности терапии) и одним внутригрупповым фактором *Тип календарных единиц времени* (день D, неделя W, месяц M, год Y) показал статистически достоверное влияние внутригруппового фактора ( $p < 0,01$ ) на количество мотивационных индукторов SR (стремления субъекта, направленные на развитие, самоактуализацию) (рис. 7).

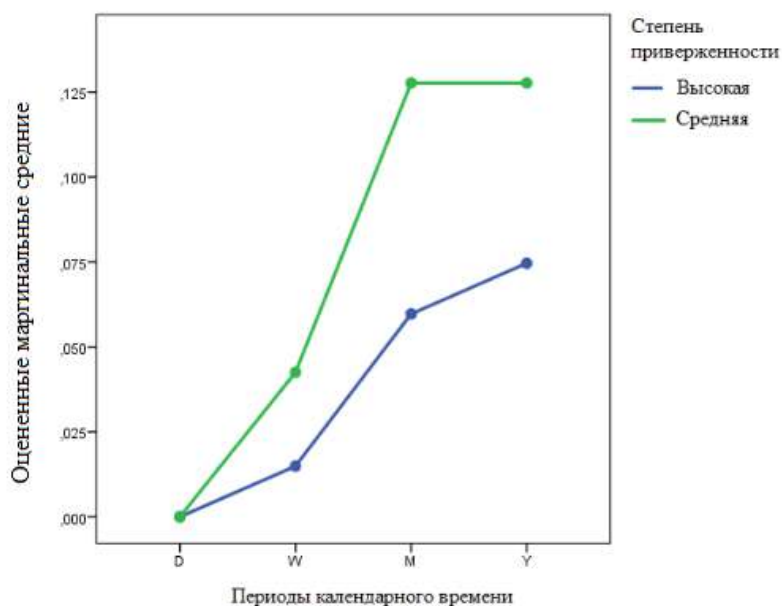


Рис. 7. Количество мотивационных индукторов SR (стремления субъекта, направленные на развитие, самоактуализацию) в различные периоды календарного времени (D – день, W – неделя, M – месяц, Y – год) в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Также был проведен статистический анализ показателей количества мотивационных индукторов SR (стремления субъекта, направленные на развитие, самоактуализацию) у респондентов двух групп (высокая и средняя

степени приверженности) для социальных единиц времени (период «открытого настоящего» (I), период всей жизни (L), период первой половины взрослой жизни, условно 25-45 лет (A<sub>1</sub>), период второй половины взрослой жизни, условно 45-65 лет (A<sub>2</sub>), период взрослой жизни и старости (AO), период пожилого возраста, условно после выхода на пенсию (O)).

Двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA с одним межгрупповым фактором *Группа* (степень приверженности терапии) и одним внутригрупповым фактором *Периоды социального времени* («открытое настоящее» I, первая половина взрослой жизни A<sub>1</sub>, вторая половина взрослой жизни A<sub>2</sub>, период взрослой жизни и старости AO, и период пожилого возраста O) показал статистически достоверное влияние внутригруппового фактора ( $p < 0,001$ ) на количество мотивационных индукторов SR (стремления субъекта, направленные на развитие, самоактуализацию) (рис. 8)

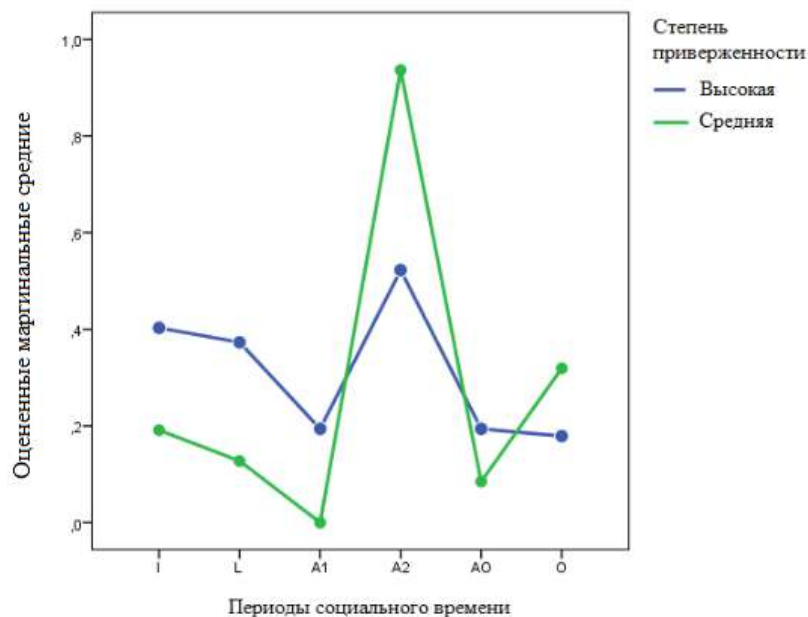


Рис. 8. Количество мотивационных индукторов SR (стремления субъекта, направленные на развитие, самоактуализацию) в различные периоды социального времени (I – открытое настоящее, A<sub>1</sub> – первая половина взрослой жизни, A<sub>2</sub> — вторая половина взрослой жизни, AO — период взрослой жизни и старости, O — период пожилого возраста) в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Методом попарных сравнений был проведен анализ показателей количества мотивационных индукторов SR (стремления субъекта, направленные на развитие, самоактуализацию) с помощью



непараметрического критерия U-Манна-Уитни у двух групп респондентов. Было выявлено, что пациенты с высокой степенью приверженности, в сравнении с пациентами со средней степенью приверженности, обнаруживают достоверно большее количество мотивационных индукторов SR в периодах социального времени:  $I$  («открытое настоящее») ( $p < 0,01$ ) и  $A_1$  (вторая половина взрослой жизни) ( $p < 0,01$ ).

Результаты анализа свидетельствуют о том, что для пациентов со средней приверженностью терапии характерно стремление к самореализации преимущественно на конкретный период времени, не в очень далекой перспективе, в то время как для пациентов с высокой приверженностью терапии данное стремление характерно на протяжении довольно длительного промежутка времени ( $I$  и  $A_1$ ).

#### **Анализ мотивационных индукторов $S_2$ (социальные контакты с ожиданиями от других)**

Для показателей количества мотивационных индукторов  $S_2$  (социальные контакты с ожиданиями от других) был проведен статистический анализ у респондентов двух групп (высокая и средняя степени приверженности) для календарных единиц времени (день (D), неделя (W), месяц (M), год (Y)) и социальных единиц времени (период «открытого настоящего» ( $I$ ), период всей жизни (L), период первой половины взрослой жизни, условно 25-45 лет ( $A_1$ ), период второй половины взрослой жизни, условно 45-65 лет ( $A_2$ ), период взрослой жизни и старости (AO), период пожилого возраста, условно после выхода на пенсию (O)).

Двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA с одним межгрупповым фактором *Группа* (степень приверженности терапии) и одним внутригрупповым фактором *Тип календарных единиц времени* (день D, неделя W, месяц M, год Y) показал статистически достоверное влияние внутригруппового фактора ( $p < 0,001$ ) и взаимодействия факторов *Группа\*Тип календарных единиц времени* ( $p < 0,001$ ) на количество мотивационных индукторов  $S_2$  (социальные контакты с ожиданиями от других) (рис. 9).

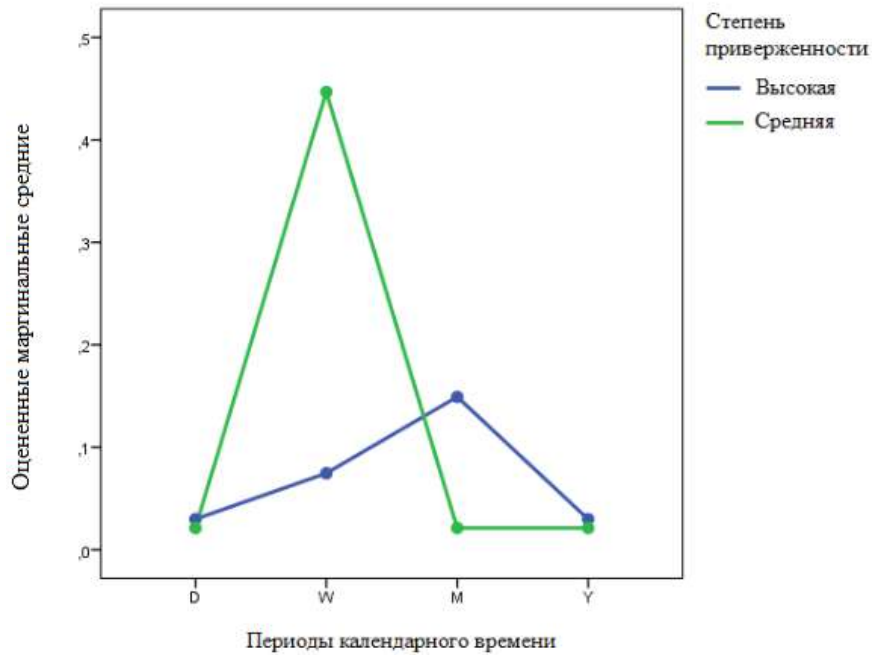


Рис. 9. Количество мотивационных индукторов  $C_2$  (социальные контакты с ожиданиями от других) в различные периоды календарного времени (D – день, W – неделя, M – месяц, Y – год) в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Методом попарных сравнений был проведен анализ показателей количества мотивационных индукторов  $C_2$  (социальные контакты с ожиданиями от других) с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни у двух групп респондентов. Было выявлено, что пациенты со средней степенью приверженности, в сравнении с пациентами с высокой степенью приверженности, обнаруживают достоверно большее количество мотивационных индукторов  $C_2$  (социальные контакты с ожиданиями от других) в краткосрочной временной перспективе — неделя W ( $p=0,001$ ), в то время как пациенты с высокой приверженностью обнаруживают достоверно большее количество мотивационных индукторов  $C_2$  (социальные контакты с ожиданиями от других) в периодах социального времени L (период всей жизни) ( $p<0,01$ ) и АО (период взрослой жизни и старости) ( $p<0,05$ ).

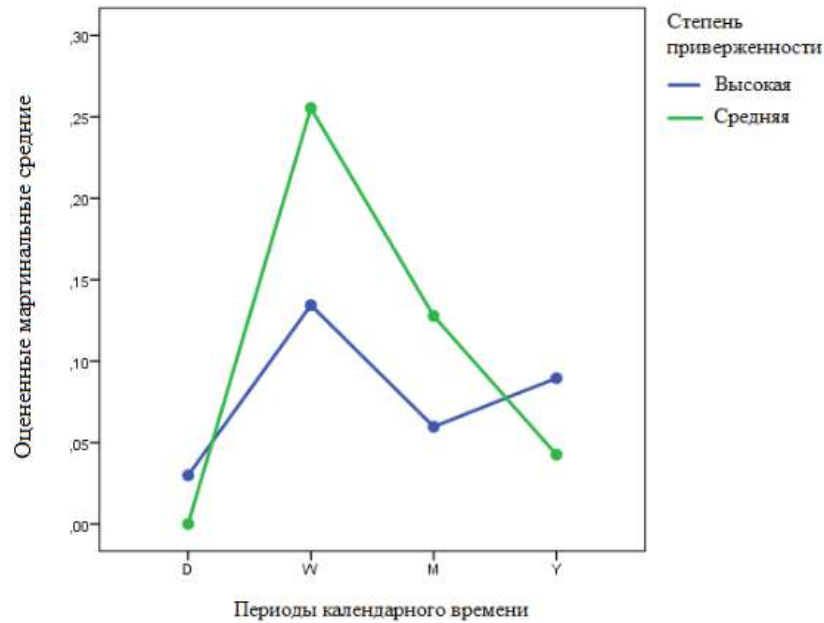
Таким образом, мотивация к вступлению в социальный контакт с ожиданиями чего-либо от другого участника в группе среднеприверженных пациентов также преобладает преимущественно в недалекой временной перспективе, что может быть связано с особенностями терапевтического процесса на момент прохождения тестирования, в то время как для группы

высокоприверженных пациентов данная мотивация охватывает более отдаленное время (L), что может указывать на стремление поддержания контактов не только в краткосрочной перспективе, но и более отдаленной.

**Анализ мотивационных индукторов  $S_{3,f}$  (цели, пожелания, формулируемые для членов семьи, ближайшего окружения)**

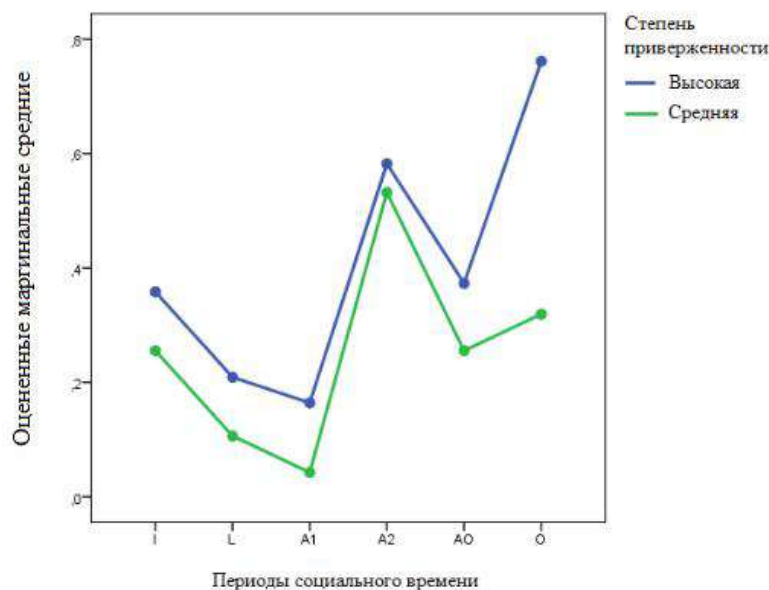
Был проведен статистический анализ показателей количества мотивационных индукторов  $S_{3,f}$  (цели, пожелания, формулируемые для членов семьи, ближайшего окружения) у респондентов двух групп (высокая и средняя степени приверженности) для календарных единиц времени (день (D), неделя (W), месяц (M), год (Y)) и социальных периодов времени (период «открытого настоящего» (I), период всей жизни (L), период первой половины взрослой жизни, условно 25-45 лет ( $A_1$ ), период второй половины взрослой жизни, условно 45-65 лет ( $A_2$ ), период взрослой жизни и старости (AO), период пожилого возраста, условно после выхода на пенсию (O)).

Двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA с одним межгрупповым фактором *Группа* (степень приверженности терапии) и одним внутригрупповым фактором *Тип календарных единиц времени* (день D, неделя W, месяц M, год Y) показал статистически достоверное влияние внутригруппового фактора ( $p < 0,01$ ) на количество мотивационных индукторов  $S_{3,f}$  (цели, пожелания, формулируемые для членов семьи, ближайшего окружения) (рис. 10).



*Рис. 10.* Количество мотивационных индукторов  $C_{3,f}$  (цели, пожелания, формулируемые для членов семьи, ближайшего окружения) в различные периоды календарного времени (D – день, W – неделя, M – месяц, Y – год) в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA с одним межгрупповым фактором *Группа* (степень приверженности терапии) и одним внутригрупповым фактором *Периоды социального времени* показал статистически достоверное влияние внутригруппового фактора ( $p < 0,001$ ) на количество мотивационных индукторов  $C_{3,f}$  (цели, пожелания, формулируемые для членов семьи, ближайшего окружения) (рис. 11).



*Рис. 11.* Количество мотивационных индукторов  $C_{3,f}$  (цели, пожелания, формулируемые для членов семьи, ближайшего окружения) в различные периоды социального времени (I – открытое настоящее, A1 – первая половина взрослой жизни, A2 — вторая половина взрослой жизни, AO — период взрослой жизни и старости, O — период пожилого возраста) в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Методом попарных сравнений был проведен анализ показателей количества мотивационных индукторов  $C_{3,f}$  (цели, пожелания, формулируемые для членов семьи, ближайшего окружения) с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни у двух групп респондентов. Было выявлено, что пациенты с высокой степенью приверженности, в сравнении с пациентами со средней степенью приверженности, обнаруживают достоверно большее количество мотивационных индукторов  $C_{3,f}$  (цели, пожелания, формулируемые для членов семьи, ближайшего окружения) в периоде социального времени — O (период пожилого возраста) ( $p < 0,02$ ).

Результаты проведенного анализа указывают на то, что для пациентов с высокой приверженностью терапии мотивация к вступлению в социальный контакт в рамках взаимоотношения с близкими характерна преимущественно в периоде социального времени, относящегося к пожилому возрасту, что может быть связано с возрастными характеристиками группы. Однако для среднеприверженных пациентов характерно преобладание данных

индукторов в периоды календарного времени, отражающих более короткую временную перспективу. Можно предположить, что для пациентов со средней приверженностью терапии характерно присутствие различных мотивационных объектов в более короткой временной перспективе.

Таким образом, результаты исследования мотивационной сферы и временной перспективы свидетельствуют, что для высокоприверженных пациентов характерно стремление к различным мотивационным объектам преимущественно в долгосрочной перспективе, в то время как среднеприверженные пациенты ориентированы преимущественно на конкретные временные промежутки, представленные в основном календарными периодами.

### **3.7 Результаты исследования уровня социальной фрустрированности у пациентов с разной степенью приверженности терапии**

Уровень социальной фрустрированности изучался с помощью методики «Уровень социальной фрустрированности» Л.И. Вассермана (Вассерман с соавт., 2004).

Для сравнения данных 2-х групп с разной степенью приверженности терапии, полученных по методике «Уровень социальной фрустрированности», использовался U-критерий Манна-Уитни. Данные представлены в Таблице 12.

*Таблица 12.* Средние показатели уровня социальной фрустрированности в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии

Шкалы опросника «Уровень социальной фрустрированности»	Группы пациентов		U-Манна-Уитни	
	Высоко приверженные терапии пациенты (n=67) M (σ)	Средне приверженные терапии пациенты (n=47) M (σ)	U	p
Общая фрустрированность	1,27 (0,62)	1,62 (0,64)	1091,00	0,005

Продолжение таблицы 12.

Шкалы опросника «Уровень социальной фрустрированности»	Группы пациентов		U-Манна-Уитни	
	Высоко приверженные терапии пациенты (n=67) M (σ)	Средне приверженные терапии пациенты (n=47) M (σ)	U	p
Фрустрированность социально- экономическим положением	1,33 (0,91)	1,83 (0,83)	1089,50	0,005
Фрустрированность состоянием здоровья	1,86 (0,86)	2,38 (0,97)	952,50	0,000
Фрустрированность в близких отношениях	0,90 (0,78)	1,20 (0,68)	1173,00	0,020

Данные, представленные в Таблице 12, демонстрируют достоверные различия между группами по параметру социальной фрустрированности, а именно по показателям общей социальной фрустрированности, фрустрированности социально-экономическим положением, фрустрированности состоянием здоровья, а также фрустрированности в близких отношениях. В группе со средней степенью приверженности терапии выявляется бóльшая социальная фрустрированность по всем перечисленным выше показателям по сравнению с группой с высокой степенью приверженности терапии.

Таким образом, можно заключить, что для высокоприверженных пациентов характерна большая удовлетворенность своим социально-экономическим положением, состоянием собственного здоровья и близкими взаимоотношениями в сравнении с пациентами со средней приверженностью терапии.

### **3.8 Результаты исследования социальных представлений о заболевании и терапии у пациентов с разной степенью приверженности терапии**

Социальные представления о заболевании и лечении изучались с помощью прототипического анализа социальных представлений П. Вержеса.

Для исследования были выбраны такие понятия как болезнь, диета, врач, здоровье, лечение и рекомендации врача. Основанием для выбора данных понятий является их связь с процессом терапии в целом, приверженности лечению, а также взаимоотношениями с врачом в контексте терапии.

Для анализа этих представлений в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии рассчитывались частота упоминания ассоциации, медиана и ранг по группе.

Таблица 13. Структура социальных представлений о болезни в группах с высокой и средней степенью приверженности терапии

Зоны структуры социальных представлений	Пациенты с высокой степенью приверженности терапии (n=67)	Пациенты со средней степенью приверженности терапии (n=47)
Ядро I	боль выздоровление тяготы физический дискомфорт	боль мочекаменная болезнь страх тяготы физический дискомфорт
Буферная зона II	борьба врач мочекаменная болезнь страдания	безвыходность одиночество тяжесть
Буферная зона III	лечение страх тревога	беспомощность лечение нетрудоспособность тревога
Периферия IV	беспомощность больница	борьба помощь сердце сон утрата
Средний ранг, $\sigma$	1,93 (0,60)	1,85 (0,64)
Медиана частоты	3	2

Данные, представленные в Таблице 13, демонстрируют, что в группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии в Ядре и Буферных зонах отмечается наличие ассоциаций, отражающих стремления на совладание с заболеванием (например, борьба, выздоровление), в то время как в группе пациентов со средней степенью приверженности терапии



отмечается наличие ассоциаций, демонстрирующих пассивную реакцию на болезнь (например, беспомощность, безвыходность, одиночество).

Таблица 14. Структура социальных представлений пациентов о лечении в группах с высокой и средней степенью приверженности терапии

Зоны структуры социальных представлений	Пациенты с высокой степенью приверженности терапии (n=67)	Пациенты со средней степенью приверженности терапии (n=47)
Ядро I	долго надежда назначения недоверие необходимость профессиональное следовать тревога	выздоровление долго назначения
Буферная зона II	боль борьба зависимость правильное терпение тяготы	правильное тяготы
Буферная зона III	выздоровление дисциплина здоровье операция	польза страх
Периферия IV	диета неудовлетворенность осложнения польза радость	время ограничения профессиональное сомнения
Средний ранг, $\sigma$	1,92 (0,66)	1,92 (0,67)
Медиана частоты	2	2

Данные, представленные в Таблице 14, демонстрируют, что в группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии в Ядре и Буферных зонах отмечается наличие ассоциаций, отражающих представления, связанные со здоровьем и пользой, в то время как в группе пациентов со средней степенью приверженности терапии отмечается наличие представлений, демонстрирующих неуверенность в пользе диеты, тяготы и ощущение безвыходности.

Таблица 15. Структура социальных представлений пациентов о врачах в группах с высокой и средней степенью приверженности терапии

Зоны структуры социальных представлений	Пациенты с высокой степенью приверженности терапии (n=67)	Пациенты со средней степенью приверженности терапии (n=47)
Ядро I	белый халат болезнь добрый доверие здоровье поддержка помощь профессионал страх уважение	лечение недоверие помощь профессионал сдержанный
Буферная зона II	боль внимательность операция сочувствие	белый халат внимание
Буферная зона III	внимательный выздоровление лечение надежда недоверие	надежда поддержка
Периферия IV	заботливый тяготы	доверие операция страх
Средний ранг, $\sigma$	2,01 (0,70)	1,68 (0,66)
Медиана частоты	2	2

Данные, представленные в Таблице 15, демонстрируют, что в группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии в Ядре отмечается наличие представлений, которые указывают на доверительные отношения с врачом (добрый, доверие, уважение), в то время как в группе пациентов со средней степенью приверженности терапии отмечается наличие представлений, демонстрирующих недоверие врачу.

Таблица 16. Структура социальных представлений пациентов о здоровье в группах с высокой и средней степенью приверженности терапии

Зоны структуры социальных представлений	Пациенты с высокой степенью приверженности терапии (n=67)	Пациенты со средней степенью приверженности терапии (n=47)
Ядро I	крепкое обладать радость свобода счастье	активность плохое поддерживать физический дискомфорт хорошее самочувствие ценность
Буферная зона II	легкость сила физический дискомфорт	дети долголетие недоверие походы к врачу силы
Буферная зона III	активность ценность	борьба легкость обладать радость свобода
Периферия IV	борьба выздоровление лечение озабоченность оптимизм спокойствие	красота правильный образ жизни работоспособность
Средний ранг, $\sigma$	1,91 (0,60)	1,77 (0,66)
Медиана частоты	4	2

Данные, представленные в Таблице 16, демонстрируют, что в группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии в Ядре и Буферных зонах отмечается наличие ассоциаций, отражающих представления, связанные радостью, свободой, счастьем, в то время как в группе пациентов со средней степенью приверженности терапии отмечается наличие представлений, демонстрирующих больше негативные аспекты понятия, такие как «плохое» (здоровье), «физический дискомфорт».

Таблица 17. Структура социальных представлений пациентов о диете в группах с высокой и средней степенью приверженности терапии о диете

Зоны структуры социальных представлений	Пациенты с высокой степенью приверженности терапии (n=67)	Пациенты со средней степенью приверженности терапии (n=47)
Ядро I	голод дисциплина здоровье ограничения польза против следовать	бесполезно голод дисциплина ограничения сложно
Буферная зона II	необходимость отрицание	раздражение ужас физический дискомфорт
Буферная зона III	неудобства похудение тяготы	здоровье необходимость
Периферия IV	настроение раздражение тревога физический дискомфорт	неудовлетворенность
Средний ранг, $\sigma$	1,93 (0,66)	1,73 (0,65)
Медиана частоты	2	2

Данные, представленные в Таблице 17, демонстрируют, что в группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии в Ядре и Буферных зонах отмечается, несмотря на наличие ассоциаций, отражающих представления, связанные с негативными аспектами лечения – недоверие, тревога, большое количество понятий, характеризующих и позитивные моменты, а также намерение следовать лечению, в то время как в группе пациентов со средней степенью приверженности терапии не отмечается понятий, которые бы свидетельствовали о намерениях к выполнению назначений.

Таблица 18. Структура социальных представлений пациентов о рекомендациях врача в группах с высокой и средней степенью приверженности терапии

Зоны структуры социальных представлений	Пациенты с высокой степенью приверженности терапии (n=67)	Пациенты со средней степенью приверженности терапии (n=47)
Ядро I	авторитетное мнение понятные следовать сложно сомнения	необходимость подробные следовать сложно
Буферная зона II	изменение образа жизни назначение полные спокойствие	выздоровление доверие согласие тревога
Буферная зона III	вера выздоровление дисциплина польза	дисциплина надежда понятные
Периферия IV	важно диета доверие здоровье надежда недоверие профилактика	много недоверие нерегулярно обратная связь сомнения
Средний ранг, $\sigma$	1,81 (0,51)	1,89 (0,52)
Медиана частоты	3	3

Данные, представленные в Таблице 18, демонстрируют, что в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии в Ядре и Буферных зонах отмечается наличие ассоциаций, отражающие представления, о необходимости следовать назначениям («следовать», «необходимость»), вместе с тем, в группе пациентов с высокой приверженностью терапии отмечается наличие понятий, которые отражают позитивно окрашенные эмоциональные переживания «спокойствие», в группе же пациентов со средней приверженностью терапии отмечаются понятия, отражающие скорее негативную окрашенность переживаний, например, «тревога».

### **3.9 Результаты исследования психологических факторов формирования приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью**

Согласно результатам статистической обработки полученных данных установлено, что группы пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии значимо различаются по ряду показателей. С целью изучения наиболее весомых факторов, определяющих различия между группами (отнесенность к группе высокоприверженных или среднеприверженных пациентов), была построена логистическая регрессионная модель.

Независимыми переменными выступили психологические характеристики пациентов, а также степень информированности о заболевании, степень сформированности установок на выполнение врачебных назначений и поведенческие паттерны. Зависимой переменной выступил показатель степени приверженности терапии. Таким образом, в качестве предикторов использовались: тип отношения к болезни (адаптивный или дезадаптивный тип реакции), степень социальной фрустрированности, мотивационные индукторы, направленные на физическое самосохранение, мотивационные индукторы, включающие социальные контакты и индукторы, отражающие стремления субъекта к самореализации, также были включены показатели информированности пациента о заболевании, степень сформированности установок на выполнение назначений и степень сформированности поведенческих паттернов.

Основной целью логистической регрессии являлось выделение факторов, в наибольшей степени влияющих на приверженность терапии, поэтому в качестве зависимой переменной был выбран показатель уровня приверженности терапии. Показатель качества прогнозирования, определяющий вероятность правильного прогноза составляет 72%. Часть

дисперсии, объясненная включенными в модель переменными, объясняет 34% всей дисперсии изучаемого явления ( $R^2$ - Нэйджелкерка = 0,341). Данные о достоверности регрессионной модели представлены в Таблице 19.

Таблица 19. Модель регрессионной зависимости приверженности терапии от параметров «Тип отношения к болезни» и «Уровень социальной фрустрированности»

Компонент	Коэффициент регрессии	Стандартная ошибка	Exp (B)	p	95% доверительный интервал для Exp(B)	
					Нижняя	Верхняя
Тип отношения к болезни (адаптивный/дезадаптивный)	1,58	0,49	4,89	0,001	1,85	12,86
Степень социальной фрустрированности	0,87	0,38	2,40	0,021	1,14	5,07

Представленные в Таблице 19 данные показывают, что наличие реакций на заболевание из дезадаптивного блока значимо ( $p=0,001$ ) увеличивает вероятность более низкой приверженности терапии почти в 5 раз ( $Exp(B) = 4,89$ ), а увеличение итогового коэффициента фрустрации значимо ( $p<0,01$ ) снижает степень приверженности терапии почти в 3 раза ( $Exp(B) = 2,40$ ).

Таким образом, можно заключить, что пациенты с высоким уровнем приверженности терапии в сравнении с пациентами со средним уровнем приверженности имеют больше реакций на болезнь, относящихся к блоку адаптивных реакций, а также имеют большую удовлетворенность различными сферами социальной жизни.

Исходя из представленного анализа, можно заключить, что факторами, оказывающими позитивное влияние на степень приверженности терапии, выступают адаптивная реакция на заболевание и низкая степень фрустрированности пациента социальными аспектами собственной жизни. Повышение уровня социальной фрустрированности ведет к снижению степени приверженности терапии, аналогичным образом – повышение количества неадаптивных реакций снижает степень приверженности терапии.

Также была построена регрессионная модель, где в качестве предикторов использовались конкретные типы отношения к болезни (сенситивный, тревожный, ипохондрический, неврастенический, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный), степень социальной фрустрированности, мотивационные индукторы, направленные на физическое самосохранение, мотивационные индукторы, включающие социальные контакты и индукторы, отражающие стремления субъекта к самореализации, также были включены показатели информированности пациента о заболевании, степень сформированности установок на выполнение назначений и степень сформированности поведенческих паттернов. Зависимой переменной выступил показатель степени приверженности терапии.

Показатель качества прогнозирования, определяющий вероятность правильного прогноза составляет 72%. Часть дисперсии, объясненная включенными в модель переменными, объясняет почти 40% всей дисперсии изучаемого явления ( $R^2$ - Нэйджелкерка = 0,389). Данные о достоверности регрессионной модели представлены в Таблице 20.

Таблица 20. Модель регрессионной зависимости приверженности терапии от параметров «Тип реагирования на болезнь» и «Уровень социальной фрустрированности»

Компонент	Коэффициент регрессии	Стандартная ошибка	Exp (B)	p	95% доверительный интервал для EXP(B)	
					Нижняя	Верхняя
Степень социальной фрустрированности	0,92	0,40	2,46	0,02	1,13	5,39
Гармоничный тип отношения к болезни	-2,12	1,24	0,12	0,08	0,11	1,34

Представленные в Таблице 20 данные показывают, что увеличение итогового коэффициента фрустрации значимо ( $p < 0,01$ ) снижает степень приверженности терапии почти в 3 раза ( $\text{Exp}(B) = 2,46$ ). Значимого влияния отдельных типов реагирования на заболевание на степень приверженности терапии выявлено не было, вместе с тем, на уровне тенденции отмечается влияние гармоничного типа реагирования на заболевание на степень приверженности терапии ( $p = 0,08$ ).



Таким образом, можно заключить, что степень социальной фрустрированности оказывает влияние на степень приверженности терапии.

### **Результаты регрессионного анализа по типам приверженности терапии**

Следующим этапом обработки полученных в ходе исследования данных было построение регрессионной модели для выявления наиболее весомых факторов, влияющих на тот или иной тип приверженности терапии (социальная, эмоциональная и поведенческая). Независимыми переменными выступили психологические характеристики пациентов, степень информированности о заболевании, степень сформированности установок на выполнение врачебных назначений и поведенческие паттерны. Зависимой переменной выступил показатель степени приверженности терапии конкретного вида. Таким образом, в качестве предикторов использовались: тип отношения к болезни (адаптивный или дезадаптивный тип реакции), степень социальной фрустрированности, мотивационные индукторы, направленные на физическое самосохранение, мотивационные индукторы, включающие социальные контакты и индукторы, отражающие стремления субъекта к самореализации, также были включены показатели информированности пациента о заболевании, степень сформированности установок на выполнение назначений и степень сформированности поведенческих паттернов.

Было обнаружено, что типы реагирования на заболевание (адаптивный, дезадаптивный) значимо предсказывают показатели социального вида приверженности терапии ( $F=2,295$ ;  $p<0,01$ ). Суммарно данная модель позволяет объяснить около 15% дисперсии ( $R^2=0,149$ ). Модель регрессионной зависимости социальной приверженности терапии от типа реагирования на болезнь представлена на Таблице 21.

Таблица 21. Модель регрессионной зависимости социальной приверженности терапии от типа отношения к болезни

Модель		Коэффициент регрессии	Стандартная ошибка	Бета	p
1	Константа	25,56	3,28		0,00
	Тип отношения к болезни	-2,31	1,10	-0,20	0,04

Данные, представленные в Таблице 21 демонстрируют, что по параметру «Тип отношения к болезни» имеется отрицательная связь с социальным типом приверженности терапии, т.о., при увеличении количества дезадаптивных реакций на заболевание, наблюдается снижение степени приверженности терапии по показателю «социальная комплаентность».

Также была построена регрессионная модель, где в качестве зависимой переменной был выбран показатель эмоциональной приверженности терапии. В качестве предикторов использовались: тип отношения к болезни (адаптивный или дезадаптивный тип реакции), степень социальной фрустрированности, мотивационные индукторы, направленные на физическое самосохранение, мотивационные индукторы, включающие социальные контакты и индукторы, отражающие стремления субъекта к самореализации, также были включены показатели информированности пациента о заболевании, степень сформированности установок на выполнение назначений и степень сформированности поведенческих паттернов.

Было обнаружено, что типы реагирования на заболевание (адаптивный, дезадаптивный), а также степень социальной фрустрированности значимо предсказывают показатели эмоционального вида приверженности терапии ( $F=4,201$ ;  $p<0,001$ ). Суммарно данная модель позволяет объяснить около 25% дисперсии ( $R^2=0,242$ ). Модель регрессионной зависимости эмоциональной приверженности терапии от степени социальной фрустрированности и типа реагирования на болезнь представлена на Таблице 22.

Таблица 22. Модель регрессионной зависимости эмоциональной приверженности терапии от типа отношения к болезни и степени социальной фрустрированности

	Модель	Коэффициент регрессии	Стандартная ошибка	Бета	p
1	Константа	26,98	2,90		0,00
	Тип отношения к болезни	-2,67	0,97	-0,25	0,01
	Степень социальной фрустрированности	-1,79	0,69	-0,23	0,01

Данные, представленные в Таблице 22, демонстрируют, что по параметру «Тип отношения к болезни» имеется отрицательная связь с социальным типом приверженности терапии, т.о., при увеличении количества дезадаптивных реакций на заболевание, наблюдается снижение степени приверженности терапии по показателю «эмоциональная комплаентность», также отмечается отрицательная связь с показателем социальной фрустрированности, т.о., при повышении уровня социальной фрустрированности наблюдается снижение показателя «эмоциональная комплаентность».

Далее была построена регрессионная модель, где в качестве зависимой переменной был выбран показатель поведенческой приверженности терапии. В качестве предикторов использовались: тип отношения к болезни (адаптивный или дезадаптивный тип реакции), степень социальной фрустрированности, мотивационные индукторы, направленные на физическое самосохранение, мотивационные индукторы, включающие социальные контакты и индукторы, отражающие стремления субъекта к самореализации, также были включены показатели информированности пациента о заболевании, степень сформированности установок на выполнение назначений и степень сформированности поведенческих паттернов.

Было обнаружено, что степень сформированности установок на выполнение врачебных назначений, значимо предсказывает показатели поведенческого вида приверженности терапии ( $F=3,245$ ;  $p<0,002$ ). Также было выявлено, что на уровне тенденции, степень сформированности

поведенческих факторов влияет на степень приверженности терапии ( $p=0,06$ ). Суммарно данная модель позволяет объяснить около 20% дисперсии ( $R^2=0,207$ ). Модель регрессионной зависимости поведенческой приверженности терапии от степени сформированности установок на выполнение врачебных назначений представлена на Таблице 23.

Таблица 23. Модель регрессионной зависимости поведенческой приверженности терапии от степени сформированности установок на выполнение врачебных назначений

Модель		Коэффициент регрессии	Стандартная ошибка	Бета	p
1	Константа	18,65	3,34		0,00
	Степень сформированности установок	0,72	0,28	0,26	0,01
	Степень сформированности поведенческих паттернов	0,67	0,35	0,20	0,06

Данные, представленные в Таблице 23, демонстрируют, что по параметру «Степень сформированности установок на выполнение врачебных назначений» имеется положительная связь с поведенческим типом приверженности терапии, т.о., при повышении степени сформированности установок, наблюдается повышение степени приверженности терапии по показателю «поведенческая комплаентность». Также отмечается влияние степени сформированности поведенческих паттернов на степень поведенческой приверженности терапии на уровне тенденции.

Таким образом, было выявлено, что на социальный тип приверженности терапии значимое влияние оказывает тип отношения к болезни, а именно, при повышении количества дезадаптивных реакций, снижается степень приверженности терапии. На эмоциональный тип приверженности терапии значимо влияет тип отношения к болезни и степень социальной фрустрированности, так, при повышении количества дезадаптивных реакций на болезнь и уровня социальной фрустрированности снижается степень приверженности терапии. На поведенческий тип приверженности терапии значимо влияет степень сформированности установок на выполнение врачебных назначений, так, при повышении уровня сформированности установок, повышается степень приверженности терапии,

также было выявлено на уровне тенденции, что сформированность поведенческих паттернов влияет на степень приверженности терапии, при повышении степени их сформированности, отмечается повышение степени приверженности терапии.

#### ГЛАВА 4. Обсуждение результатов исследования

Проблема приверженности терапии в настоящее время продолжает оставаться актуальной. Несмотря на то, что многочисленные исследования последних лет посвящены изучению различных факторов, способствующих повышению приверженности терапии, однозначных причин соблюдения или несоблюдения пациентом терапевтических назначений выявлено не было. Основная сложность заключается в огромном количестве выделенных факторов, а также вариантах их классификации. Некоторые авторы условно разделяют их на факторы, связанные с пациентом, с системой здравоохранения, социально-экономические факторы, факторы, связанные с особенностями терапии, и факторы, связанные с заболеванием (Lertmaharit et al., 2005; Mathes et al., 2014). Однако психологические факторы приверженности терапии не всегда выделяются в отдельную группу, или включаются в группу факторов, связанных с пациентом; в других исследованиях влияние психологических факторов отрицается вовсе (Neveu et al., 2007; Fuster, 2012). Однако исследования последних лет все чаще демонстрируют значимость психологических факторов в контексте приверженности терапии, независимо от заболевания (Gonzalez et al., 2016; Mehrtash et al., 2019; Marrero et al., 2020; Bał-Sosnowska et al., 2021, 2022; Georges et al., 2022).

Проблема приверженности терапии в клинике мочекаменной болезни на сегодняшний день изучена недостаточно, в том числе и психологические факторы. Вместе с тем повышение степени приверженности терапии позволило бы значительно снизить риск рецидивирования заболевания — в некоторых случаях отсрочить рецидив до пяти или более лет, а в некоторых — снизить практически до нуля. Согласно статистике, случаи рецидива остаются на достаточно высоком уровне, а в некоторых регионах эта цифра ежегодно увеличивается. Результаты исследований, как отечественных, так и зарубежных, показывают, что случаи камнеобразования и последующие

хирургические вмешательства по удалению конкрементов оказывают существенное влияние на качество жизни пациентов (Arafa et al., 2010; Рязанцев с соавт., 2013; New et al., 2016; Patel et al., 2017; Penniston et al., 2017; Протоцак с соавт., 2018, 2020; Basulto-Martínez et al., 2020). Таким образом, более детальное изучение психологических факторов приверженности терапии видится перспективным, т. к. позволит не только выделить психологические факторы приверженности терапии, но и создать адаптированные методы интервенций для пациентов данной нозологической группы.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что в выборке обследованных пациентов с мочекаменной болезнью выявляется высокий и средний уровни приверженности терапии, пациентов с низкой степенью приверженности терапии в выборке из 114 пациентов выявлено не было. Отсутствие в выборке пациентов с низкой степенью приверженности терапии может быть объяснено тем, что пациенты были обследованы на этапе стационарного лечения, многие из которых испытывали почечную колику, либо проходили второй этап удаления массивных камней. Согласно существующим исследованиям, фактор боли выделяется как один из наиболее значимых факторов, повышающий степень приверженности терапии. Также было отмечено, что ежедневный контакт с лечащим врачом и другим медицинским персоналом, что в рамках стационарного лечения неизбежно, также выступает фактором, повышающим приверженность терапии.

Таким образом, было выявлено, что в группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии достоверно преобладают все виды комплаентности: социальная, эмоциональная и поведенческая. Социальная комплаентность показывает стремление пациента выстраивать доверительные взаимоотношения с лечащим врачом, опираться на мнение врача в вопросах терапии, обсуждать с ним возникающие беспокойства и тревожные переживания. Стремление пациента представить себя в лучшем

свете при взаимодействии с врачом также относится к социальной комплаентности, вследствие чего, пациенты стремятся максимально точно следовать терапевтическим назначениям и принимать профилактические меры. Для высокой эмоциональной комплаентности характерна некоторая впечатлительность и чувствительность пациентов, однако именно этот фактор побуждает пациентов выстраивать доверительные взаимоотношения со своим лечащим врачом и полагаться на его решения, пациент же в свою очередь занимает позицию исполнителя. Высокая поведенческая комплаентность отражает стремления пациента точно соблюдать назначенную терапию и рекомендации врача вследствие того, что заболевание видится препятствием, которое необходимо преодолеть, а врач в терапевтических взаимоотношениях воспринимается коллегой, совместная работа с которым принесет положительные результаты. Интересно отметить, что в группе пациентов со средней степенью приверженности терапии данный показатель является самым низким, что отражает склонность к непостоянству, подверженность влиянию внешних обстоятельств, отсутствие достаточного количества усилий для выполнения врачебных назначений, неорганизованность, что очевидно отрицательно влияет на процесс терапии в целом и последующую реабилитацию.

Анализ социально демографических характеристик показал схожие данные в обеих группах: преобладающая часть пациентов состоят в браке, проживают в собственной семье в городе, т.о., значимых отличий по данным параметрам выявлено не было, что позволяет констатировать, что пол, возраст и уровень образования как таковые не являются факторами, влияющими на степень приверженности терапии, что согласуется и с данными других исследований (Theofilou et al., 2012; Mehrdash et al., 2019).

В сфере социальных взаимоотношений высокоприверженные пациенты более активны, они чаще имеют поддержку со стороны близких и друзей. Примечательно, что пациенты в группе с высокой приверженностью, по их самоотчету, более социально активны не только в рамках собственной семьи,



но в жизни общества в целом. Среднеприверженные пациенты чаще характеризуют взаимоотношения с близким социальным окружением как «нейтральные», в то время как высокоприверженные чаще описывают их как близкие и доверительные, что в ситуации болезни также может играть важную роль, пациенты с доверительными отношениями могут чаще получать поддержку от родных и друзей, что выступает дополнительным ресурсом для поддержания психологического состояния. Важность социальных взаимоотношений в контексте приверженности терапии показана и в исследованиях пациентов с другими соматическими хроническими заболеваниями (Theofilou et al., 2012; Mehrtash et al., 2019).

Результаты анкеты, направленной на выявление уровня информированности о заболевании, степени сформированности установок на выполнение врачебных назначений и поведенческих паттернов показывают, что пациенты в группе с высокой степенью приверженности терапии достоверно имеют более сформированные установки на выполнение рекомендаций врача, чем пациенты в группе со средней степенью приверженности. Полученные результаты согласуются с данными самоотчета пациентов об отношении к лечению, а также с результатами методики, направленной на исследование уровня комплаенса, согласно которой у пациентов с высокой приверженностью преобладают поведенческая и социальная приверженность. Так, в разделе об отношении к лечению, 82% пациентов в группе с высокой приверженностью сообщили о том, что регулярно выполняют назначения врача, в то время как в группе со средней приверженностью – 51%. В данном контексте важно отметить, что осведомленность о заболевании выступает одним из значимых факторов, влияющих на приверженность терапии, т. к. в дальнейшем способствует формированию установок, направленных на выполнение назначений. Однако стратегия информирования пациентов не всегда активно используется в лечебных учреждениях. Так, авторы (Mehrtash et al., 2019; Nevener et al., 2016; Schwab et al., 2013), исследовавшие факторы приверженности терапии

у пациентов с апноэ сна выяснили, что недостаточная информированность пациентов в первые дни терапии закономерно приводит к снижению приверженности терапии, однако даже несмотря на это, отмечается недостаток информированности пациентов в различных медицинских учреждениях.

Анализ типов отношения к болезни показал, что в группе высоко приверженных пациентов преобладают реакции, относящиеся к блоку адаптивных реакций, такие как гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы. Гармонический и эргопатический типы реагирования на заболевание относятся к первому (адаптивному) блоку, для которого не характерно значительное нарушение ни психической, ни социальной адаптации в ситуации болезни. Пациенты с данными типами отношения к болезни активно включаются в процесс лечения, соблюдают предписания врача, но в некоторых случаях может отмечаться неприятие роли больного. Так, для эргопатического типа характерны нарушения критики в вопросах собственного состояния, стремление сохранить свой профессиональный статус, несмотря на возможную тяжесть заболевания. Анозогнозический тип характеризуется тем, что пациент стремится отбросить мысли о болезни, о возможных последствиях, а симптомы заболевания толкуются им как «несущественные» колебания самочувствия. Пациент в первую очередь стремится жить прежней жизнью, сохранять прежние увлечения и темп жизни, не беря в расчет заболевание. Тем не менее, ни в одном из данных вариантов не наступает выраженной дезадаптации. Пациенты с данными типами отношения к болезни могут быть более привержены терапии в силу страха потери работы или страха неспособности выполнять свою работу на том же уровне, на котором она выполнялась до начала заболевания. Поддержание собственного статуса в среде рабочего коллектива может стать для данной категории пациентов значимым стимулом в соблюдении предписаний врача. У пациентов с анозогнозическим типом отношения к болезни наблюдается схожая картина

– стремление сохранить свои увлечения, знакомых, активность и т.д., которые были до заболевания, будет стимулировать пациентов с данным типом отношения к болезни следовать назначениям врача, но, вероятнее всего, при таком типе отношения к болезни приверженность терапии не будет иметь постоянный характер и могут наблюдаться пропуски визитов к врачу, либо частичное выполнение назначений, т.к. для пациента это будет слишком серьезный подход, который с его точки зрения преувеличен врачами.

В группе пациентов со средней степенью приверженности терапии преобладают такие типы отношения к болезни как эргопатический, анозогнозический и неврастенический, менее выражены ипохондрический тип, сенситивный и дисфорический. Ипохондрическая и неврастеническая реакции на болезнь относятся ко второму блоку, при котором характерна интрапсихическая направленность, т.е. факторами, влияющими на дезадаптацию, выступают прежде всего аффективные колебания: повышение тревоги и подавленности, реакции по типу раздражительной слабости, пациент «капитулирует» перед лицом болезни. Поведение пациентов с такими типами реагирования на болезнь характеризуется чрезмерной сосредоточенностью на заболевании, они подробно рассказывают о симптомах и течении заболевания не только врачам, но и близким, друзьям. При наличии болезненных ощущений пациенты часто становятся раздражительными, нетерпеливыми в лечении и обследованиях. Несмотря на то, что пациенты с данными типами отношения к болезни способны следовать назначениям врача, одновременно с этим, у них нет уверенности в том, что терапия или методы профилактики действительно способны победить болезнь, также им может быть сложно последовательно и терпеливо следовать врачебным назначениям. Из-за сомнений в правильности выставленного диагноза или назначенной терапии пациенты склонны ходить в разные клиники, менять методы терапии, не доводя до конца ни один. Невозможность добиться положительных результатов

терапии в короткий срок способна усиливать вспышки раздражительности, что в свою очередь негативно влияет на социальные взаимоотношения, утрату доверия и поддержки. Таким образом, пациенты с интрапсихической реакцией на болезнь, несмотря на озабоченность заболеванием, зачастую могут не следовать назначениям врача, т.к. убеждены, что назначенная терапия не способна облегчить тяжесть заболевания, или те методы профилактики, которые были назначены, недостаточно эффективны, что ведет к снижению уровня приверженности терапии.

Сенситивный и дисфорический типы реакций на заболевание относятся к третьему блоку, для которых характерна интерпсихическая направленность реагирования личности на заболевание. Для сенситивного типа реагирования на болезнь характерны чрезмерная ранимость пациента, уязвимость, опасения, что окружающие изменят свое отношение к нему как к «больному человеку», страх стать обузой для своих родственников из-за болезни. При дисфорическом типе реагирования на болезнь характерно преобладание гневливо-мрачного аффекта, озлобленность, зависть к людям, не имеющим заболевания, даже если речь идет о людях из ближайшего окружения. Поведение таких пациентов может быть охарактеризовано как чрезмерно агрессивное по отношению к родственникам и медицинскому персоналу, заболевание выступает предметом манипулирования, основанием для исполнения малейших прихотей. Таким образом, поведение пациентов с интерпсихическими реакциями на болезнь характеризуется наличием гневливого аффекта, подозрительностью и чрезмерной требовательностью к окружающим, что зачастую приводит к тому, что уже на этапе стационарного лечения таким пациентам сложно выстроить доверительные отношения с врачом, а частые конфликты с родственниками лишают пациентов поддержки.

Результаты, полученные в ходе изучения типов отношения к болезни, показывают, что при адаптивном типе реагирования не возникает значимой дезадаптации пациента в период терапии и реабилитации. Схожие

результаты были получены при исследовании эффективности терапии в постоперационный период у пациентов, нуждающихся в хирургическом вмешательстве (Гаурилюс, 2016). Так, было показано, что пациенты с реакциями адаптивного блока чаще более успешно проходят восстановительный период.

Полученные данные по методике «Уровень социальной фрустрированности», показали, что для среднеприверженных пациентов характерна достоверно большая неудовлетворенность состоянием здоровья, собственным социально-экономическим положением (материальным положением, жилищно-бытовыми условиями, проведением досуга и отдыха, положением в обществе), а также близкими взаимоотношениями. Опираясь на данные, полученные по методике на исследование типов отношения к болезни, можно предположить, что дезадаптивные реакции на заболевание способны негативно влиять на различные аспекты жизни пациента, например, снижать его продуктивность в профессиональной сфере, чрезмерно концентрироваться на заболевании (например, при ипохондрическом типе реагирования на болезнь), таким образом, болезнь становится ключевым событием в жизни личности, что в дальнейшем способно привести к нарушению и других сфер жизни пациента. Анализ литературы показал, что схожие результаты были получены и при исследовании факторов приверженности терапии при других заболеваниях. Так, исследования (Theofilou et al., 2012; Forkan et al., 2013; Essery et al., 2016) показали, что степень удовлетворенности пациентом не только финансовыми аспектами собственной жизни, но и степень удовлетворенности состоянием своего здоровья также выступают предикторами степени приверженности терапии. Было показано, что пациенты, имеющие большую степень удовлетворенности состоянием здоровья более привержены терапии. Взаимосвязь между удовлетворенностью финансовым положением и степенью приверженности терапии объясняется, прежде всего, возможностями пациента приобретать дорогостоящие препараты, либо

проходить необходимые процедуры. Пациенты, имеющие низкую удовлетворенность финансовым положением, зачастую не способны следовать назначенным рекомендациям из-за имеющихся финансовых ограничений (Essery et al., 2017).

Анализ факторов, влияющих на степень приверженности терапии, показал достоверную связь с типом отношения к болезни и общим уровнем социальной фрустрированности. Таким образом, это дает возможность предположить, что при формировании уровня приверженности терапии степень удовлетворенности пациентом собственным материальным положением, жилищно-бытовыми условиями и положением в обществе, могут оказывать значительное влияние на приверженность терапии. Данная взаимосвязь видится логичной в силу наличия большого количества публикаций, указывающих на важность экономического компонента (Коваленко, 2017; Vermeire et al., 2001; WHO, 2003; Lertmaharit et al., 2005; Mathes et al., 2014; Maffoni et al., 2020; Bea et al., 2021). Многие медицинские процедуры и лекарственные препараты для ряда пациентов могут оказаться чрезмерного дорогостоящими, например, в группе пациентов со средней степенью приверженности 17% указали на невозможность выполнения химического анализа камня в силу стоимости данной процедуры, даже несмотря на то, что выявление химического анализа камня является ключевым аспектом при построении дальнейшего плана терапии. Аналогичная тенденция наблюдается и в вопросах, связанных с диетой для пациентов с мочекаменной болезнью: 17% пациентов в группе со средней степенью приверженности терапии отметили, что подобное питание является для них слишком дорогостоящим, а в группе пациентов с высокой приверженностью лишь 3%. Как упоминалось ранее, полученные данные согласуются с исследованиями факторов приверженности терапии и при других заболеваниях.

Анализ факторов, оказывающих влияние на конкретные виды комплаентности, показал, что на социальную приверженность в наибольшей

степени влияние оказывает тип отношения к болезни, так, при повышении количества дезадаптивных реакций отмечается снижение показателя социальной приверженности. Полученные результаты представляются логичными, поскольку для высокой социальной комплаентности характерно стремление пациента выстраивать конструктивные отношения с лечащим врачом в силу того, что врач представляется авторитетной фигурой, чье мнение важно для пациента. Как было указано выше, при дезадаптивных реакциях, особенно при интерпсихических, в первую очередь нарушается именно социальный аспект жизни пациентов вследствие их гневливости, недоверчивости, вспышек раздражительности. Наибольшее влияние на эмоциональную комплаентность имеет не только тип отношения к болезни, но и степень социальной фрустрированности пациента. Таким образом, повышение количества дезадаптивных реакций на заболевание и повышение неудовлетворенности различными сферами жизни пациента снижают эмоциональную комплаентность. Наиболее весомый фактор, оказывающий влияние на поведенческую комплаентность — степень сформированности установок на выполнение врачебных назначений, т.о., чем выше степень сформированности установок, тем выше поведенческая комплаентность. Данные результаты отчетливо демонстрируют, что наличие сформированных установок способствует целенаправленному и устойчивому поведению пациента в рамках терапии. На уровне тенденций было выявлено, что и степень сформированности поведенческих паттернов положительно влияет на поведенческую комплаентность. Ранее было показано, что высокоприверженные пациенты имеют большую сформированность установок на выполнение назначений в сравнении со среднеприверженными пациентами, однако значимых отличий по степени информированности выявлено не было. Исходя из чего правомерно было бы предположить, что пациенты обеих групп имеют достаточную осведомленность о заболевании и методах терапии, однако у высокоприверженных пациентов имеются

наиболее устойчивые установки в вопросах следования терапии и выполнению назначений.

Данные анализа временной перспективы показали, что для пациентов со средней степенью приверженности терапии доминирующими темпоральными характеристиками выступают показатели текущего временного типа (календарное время), а для высокоприверженных пациентов отмечается большая протяженность временной перспективы (социальное время). Схожие результаты были получены в зарубежных и отечественных исследованиях, которые показали, что более протяженная временная перспектива выступает фактором, оказывающим положительное влияние на приверженность терапии (Zhao et al., 2012; Sansbury et al., 2014; Chew et al., 2019; Гурова, 2019). Так, исследование, проводившееся на выборке пациентов с гипертонией и сахарным диабетом (Sansbury et al., 2013), показало, что особенности временной перспективы выступают предиктором к выполнению медицинских назначений, в связи с чем авторами предлагается учитывать данные факторы при составлении психокоррекционных программ, направленных на помощь в постановке целей (в контексте терапии). Другое исследование (Chew et al., 2019), проведенное на выборке пациентов с сердечной недостаточностью, показало, что пациенты с временной перспективой, направленной в будущее, достоверно более привержены терапии. Имеются также исследования (Baird, 2019), показывающие, что важное значение имеет более сбалансированная временная перспектива, т. е., без явного преобладания ориентации на прошлое, настоящее или будущее. Так, было показано, что пациенты с сахарным диабетом I типа, имеющие сбалансированную временную перспективу, чаще контролируют количество сахара в крови, а потому имеют лучший гликемический контроль. Важно также упомянуть исследования, демонстрирующие влияние заболевания на временную перспективу пациентов, что закономерно влияет на степень приверженности терапии. В исследовании Гуровой О.С. (Гурова, 2019) было показано, что для пациентов, имеющих хронические заболевания



свойственно безнадежное отношение к настоящему, характерно отсутствие сфокусированной временной перспективы, что отражает убежденность в предопределенности их будущего, отсутствие возможности повлиять на него. Становится очевидным, что влияние временной перспективы на степень приверженности терапии выступает мало исследованным феноменом, требующим более детального изучения. В рамках настоящего исследования было показано, что пациенты с высокой степенью приверженности терапии имеют большую протяженность временной перспективы, что вероятно демонстрирует их убежденность и уверенность в возможном влиянии на течение и исход заболевания.

Изучение мотивационной сферы в данном исследовании представлено во взаимосвязи с временной перспективой, таким образом, особый интерес представляли мотивационные индукторы, отражающие мотивацию на самосохранение (физическое и психологическое). Значимых отличий по количеству данных индукторов между двумя группами выявлено не было, однако было обнаружено, что мотивация, направленная на самосохранение, у высокоприверженных пациентов встречается не только в краткосрочной перспективе, но и в долгосрочной, например, в периоде открытого настоящего или периоде пожилого возраста, таким образом, выражается стремление обладать данным мотивационным объектом (самосохранение) не только на данный момент, но и в более отдаленном будущем. Для среднеприверженных пациентов отмечается преобладание данной мотивации в конкретные временные периоды (от недели до года), что может отражать недостаточную устойчивость стремлений обладания данным мотивационным объектом. Таким образом, в контексте приверженности терапии можно предположить, что для пациентов со средней степенью приверженности характерна активность, направленная на сохранение и поддержание собственного здоровья, однако данная активность приходится преимущественно на стационарный период лечения, в дальнейшем же пациенты склонны проявлять меньшую активность в вопросах поддержания

собственного здоровья, в сравнении с высокоприверженными пациентами. Анализ временной перспективы и мотивационных индукторов в группе пациентов с высокой приверженностью терапии показал, что для этих пациентов также характерно преобладание индукторов, направленных на сохранение и поддержание собственного здоровья наряду с остальными мотивационными индукторами, однако интересно отметить, что для данной группы в контексте временной перспективы характерно распределение индукторов в более отдаленной перспективе, если это календарные периоды, то преобладает месяц, а в рамках социальных периодов времени — это период, который затрагивает не только взрослость, но так же и старость. Данные результаты позволяют предположить, что для пациентов с высокой приверженностью характерно распределение мотивационных индукторов, направленных на поддержание собственного здоровья, не только в краткосрочной перспективе, но в течение всех периодов жизни.

Также в анализ мотивационной сферы были включены индукторы, которые отражают стремления субъекта в самореализации, согласно концепции Ж. Нюттена данная категория не рассматривается в связи с самосохранением несмотря на то, что относится непосредственно к личности субъекта. Однако данный индуктор был включен в анализ для получения более полной картины в исследовании мотивационной сферы. По данному мотивационному объекту были получены схожие результаты относительно его распределенности во временной перспективе, так, для высокоприверженных пациентов характерно преобладание мотивации самореализации для периода первой половины взрослой жизни (условно 24-45 лет) и периода открытого настоящего, т. е. неопределенного будущего. Говоря о группе среднеприверженных пациентов, отмечается стремление по данному мотивационному объекту в периодах недалекого будущего — месяц и год.

Также в ходе исследования была проанализирована мотивация к вступлению в социальные контакты ( $C_2$  и  $C_{3,f}$ ) в группах

высокоприверженных и среднеприверженных пациентов. Данные мотивационные объекты были включены в исследование по причине их значимости для приверженности терапии, так, многочисленные исследования выделяют особенности социальных взаимоотношений как отдельный фактор приверженности терапии. Таким образом, результаты анализа показывают, что для высокоприверженных пациентов мотивация на вступление в социальные контакты также имеет большую протяженность во временном континууме. Так, мотивационные объекты, отражающие социальные контакты с ожиданиями от других, у пациентов с высокой приверженностью преобладают во временном периоде протяженностью в жизнь (L), в то время как у пациентов со средней приверженностью данные мотивационные объекты расположены преимущественно в конкретном временном периоде — неделя. Качественный анализ данных объектов позволяет предположить, что данные мотивационные объекты прежде всего характеризуют взаимоотношения с лечащим врачом, на что указывают ответы респондентов. Для наглядности рассмотрим некоторые примеры ответов среднеприверженных пациентов по данному индуктору «Я бы очень хотел, чтобы врач разрешил мне выписаться сегодня», или «Мне бы так хотелось, чтобы врач уделял мне больше внимания». В данных примерах временная перспектива оценивалась как краткосрочная в силу того, что на момент обследования пациент находился на стационарном лечении и упоминание относилось к лечащему врачу в текущей госпитализации. Ответы высокоприверженных пациентов по данному мотивационному объекту относились преимущественно к более отдаленной временной перспективе таким образом, что конкретные временные рамки установить не представлялось возможным, при этом отмечалась их протяженность во времени (L). Важно также отметить, что по данному индуктору ответы пациентов относились преимущественно к членам семьи, друзьям, например: «Мне бы очень хотелось, чтобы родные были всегда рядом», что может быть интерпретировано как то, что для высокоприверженных пациентов важно

наличие поддержки социального окружения не только в ситуации болезни, но и в более долгосрочной перспективе. Таким образом, у высокоприверженных пациентов отмечается стремление обладать данным мотивационным объектом не только в какой-то конкретный период, но и в более отдаленном времени, следовательно иметь стабильные социальные контакты, поддерживать их качество.

Аналогичная тенденция отмечается и при анализе мотивации к вступлению в социальные контакты в контексте взаимодействия с ближайшим социальным окружением, в частности с членами семьи ( $C_{3,f}$ ). Полученные результаты показывают, что у высокоприверженных пациентов данная мотивация распространяется на более протяженный период времени, а именно, период пожилого возраста (O), а для группы среднеприверженных пациентов отмечается преобладание данной мотивации в конкретные временные рамки (до года). На основе чего можно предположить, что при выстраивании межличностных взаимоотношений высокоприверженные пациенты стремятся выстраивать более доверительные и эмоционально близкие отношения, ориентируясь при этом на долгосрочную перспективу. В контексте приверженности терапии данное явление имеет важное значение, как упоминалось ранее, доверительные отношения с ближайшим окружением выступают фактором, повышающим приверженность терапии.

Таким образом, результаты исследования мотивационной сферы и временной перспективы в группах пациентов с высокой и средней приверженностью терапии показывают, что для высокоприверженных пациентов характерна большая протяженность временной перспективы не только в сферах, относящихся непосредственно к личности субъекта, но и в сфере социальных взаимоотношений. В ходе исследования было показано, что высокоприверженные пациенты имеют более равномерное распределение мотивационных объектов во временном континууме, например, мотивационные объекты, направленные на самосохранение личности встречаются преимущественно в периоде открытого настоящего, а

объекты, относящиеся к мотивации самореализации, преобладают в периоде второй половины взрослой жизни, говоря о социальных взаимоотношениях, отмечается преобладание соответствующей мотивации в периоде пожилого возраста. В свою очередь пациенты со средней приверженностью имеют более короткую временную перспективу, как было показано, различные мотивационные объекты (мотивационные объекты самосохранения, самореализации и мотивация к вступлению в социальные контакты) сосредоточены в различные временные периоды, при этом ограничены рамками календарного времени, от нескольких дней до года.

Анализ структуры социальных представлений о заболевании и лечении в группах пациентов с разной степенью приверженности терапии показал, что в структуре понятий, относящихся к болезни, в обеих исследованных группах в ядерной зоне и первой буферной преобладают понятия, указывающие на дискомфорт и тяготы, при этом в группе высокоприверженных пациентов отмечается наличие и позитивных понятий, таких как «выздоровление», «борьба». Данных понятий в группе среднеприверженных пациентов не отмечается. Аналогичная тенденция отмечается и при анализе социальных представлений о диете в двух группах пациентов, т.о., в ядерной зоне группы среднеприверженных пациентов отмечаются лишь негативные представления (бесполезно, голод, ограничения и др.), в то время как ядерная зона группы высокоприверженных пациентов наряду с отрицательными понятиями включает и позитивные представления, связанные со здоровьем и пользой, также отмечаются представления, указывающие на стремление следовать диете. Особый интерес представляет структура социальных представлений о здоровье в представленных группах. Так, в группе высокоприверженных пациентов ядро представлений о здоровье видится более однородным, т. е., представления имеют исключительно позитивную направленность (радость, свобода, счастье и др.), в то время как в группе среднеприверженных пациентов наряду с позитивными представлениями отмечаются и негативные

(плохое, физический дискомфорт), что указывает на неоднородность социальных представлений в данной группе пациентов. Анализ структуры социальных представлений о лечении демонстрирует схожие результаты, так, в группе высокоприверженных пациентов социальные представления включают стремление следовать назначениям (следовать, необходимость), в то время как в группе среднеприверженных пациентов подобных стремлений не наблюдается. Анализ структуры социальных представлений о рекомендациях врача в представленных группах имеет схожие результаты, так, в обеих группах отмечается наличие стремление следовать им, несмотря на их сложность. Также интерес представляет анализ социальных представлений о фигуре врача в представленных группах. Так, в ядерной зоне группы высокоприверженных пациентов отмечается ряд понятий, указывающих не только на доверительное отношение пациентов (доверие, добрый, уважение, поддержка), но и на то, что фигура врача имеет прямое отношение к выздоровлению пациента (здоровье, помощь), в то время как в группе пациентов со средней приверженностью терапии данных понятий в ядерной зоне не отмечается, как и в первой буферной зоне. Полученные данные о социальных представлениях согласуются с данными, полученными по другим методикам данного исследования, в частности с данными по методике ТОБОЛ и «Уровень комплаенса», которые указывают на то, что высокоприверженные пациенты ориентированы на установление доверительных отношений с лечащим врачом.

Таким образом, результаты анализа социальных представлений о заболевании и терапии в представленных группах показали, что ядерная зона группы высокоприверженных пациентов чаще включает не только более позитивные представления о терапии, назначениях и фигуре врача, но также указывает на убеждение действовать согласно предписаниям, что согласуется с результатами, полученными по анкете пациента, данные которой демонстрируют достоверно большую сформированность установок на выполнение врачебных назначений.

Подводя итог, можно заключить, что приверженность терапии есть сложный и многокомпонентный феномен, изучение которого необходимо проводить с разных сторон. Было показано, что для пациентов с высоким уровнем приверженности терапии характерны меньшая степень социальной фрустрированности, преобладание адаптивных реакций на болезнь, наличие мотивации к поддержанию собственного здоровья в более долгосрочной перспективе, а также наличие социальной поддержки и более доверительные отношения. Структура социальных представлений высокоприверженных пациентов характеризуется наличием позитивных представлений о терапии и исходе заболевания, а также демонстрирует наличие стремлений на выполнение назначений и установление доверительных взаимоотношений с лечащим врачом. В группе пациентов со средней степенью приверженности отмечается преобладание дезадаптивных реакций на заболевание (интрапсихические или интерпсихические), которые внешне проявляются в виде лабильности аффекта, раздражительности, гневливости, недоверчивости, подобные реакции отрицательно влияют на установление доверительных взаимоотношений с медицинским персоналом, а также способны лишить пациента поддержки со стороны ближайшего окружения. Временная перспектива данных пациентов характеризуется меньшей протяженностью. В мотивационной сфере также отмечается стремление к поддержанию собственного здоровья, но в более краткосрочной перспективе. Структура социальных представлений среднеприверженных пациентов характеризуется наличием более негативных представлений о терапии, кроме того, практически не отмечается убеждений следовать предписаниям.

Результаты исследования показывают, что тип реагирования на болезнь, степень социальной фрустрированности, особенности мотивационной сферы и временной перспективы, а также социальные представления могут выступать в качестве опорных точек для работы с пациентами. Важность социального окружения пациента отмечается многими исследователями в терапии различных заболеваний, т.к. именно

семья, друзья или приятели выступают основным источником ресурса для пациента не только в период терапии, но и во время реабилитационного процесса. Значимым является и то, как сам пациент воспринимает свое заболевание, о чем свидетельствуют многочисленные отечественные и зарубежные исследования, когда речь идет об отрицании болезни, либо наоборот, о преувеличении ее значимости, возможно нарушение различных процессов в жизни пациента (семейные, рабочие, дружеские и т.д.), которые в дальнейшем, безусловно, отразятся на успешности назначаемой терапии и на степени приверженности терапии.



## ВЫВОДЫ

1. Установлено, что в выборке, состоящей из 114 пациентов с мочекаменной болезнью, 59% обнаруживают высокий уровень приверженности лечению и 41 % – средний; пациентов с низким уровнем приверженности лечению в данной выборке не выявлено. Оценка степени приверженности терапии врачами в 65% случаев совпадает с оценкой пациентов. В 30% случаев выявлена тенденция к завышению врачами уровня комплаентности пациентов.
2. Пациенты с высокой степенью приверженности терапии обнаруживают достоверно более высокие значения не только по общему показателю приверженности лечению, но и по ее отдельным компонентам (социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности), что отражает стремление пациентов с высокой комплаентностью устанавливать доверительные взаимоотношения с лечащим врачом, устойчивость поведенческих паттернов на выполнение терапевтических назначений и эмоциональную чувствительность в отношении ухудшения собственного состояния.
3. Установлено, что пациенты обеих групп характеризуются достаточной информированностью о заболевании и методах терапии. Пациенты с высокой степенью приверженности терапии обнаруживают достоверно большую сформированность установок следовать назначениям врача, изменению образа жизни в сравнении с пациентами со средней степенью приверженности терапии. В группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии выявлена тенденция к меньшей выраженности тревоги в связи с предстоящей операцией, большей социальной активности, большей эмоциональной поддержке со стороны близких и большей осведомленности близких о лечении и прогнозе заболевания.
4. Установлено, что приверженность терапии у пациентов с мочекаменной болезнью взаимосвязана с особенностями «внутренней картины болезни»: для пациентов с высокой степенью приверженности терапии

характерно преобладание адаптивных реакций на заболевание (гармоничный, эргопатический, анозогнозический типы отношения к болезни) и практически полное отсутствие дезадаптивных, а для пациентов со средней степенью приверженности терапии характерно наличие как адаптивных, так и дезадаптивных реакций (неврастенический, ипохондрический, анозогнозический, эргопатический типы отношения к болезни).

5. Выявлены различия в содержании и временной направленности мотивационной сферы у пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии: у пациентов с высокой степенью приверженности терапии мотивация, направленная на сохранение физического здоровья и психологического благополучия, характеризуется более глубокой (долгосрочной) временной перспективой, а у пациентов со средней степенью приверженности терапии временная перспектива сужена и расположена в ближайшем будущем и актуальном периоде (день, неделя, месяц), что может указывать на позитивное влияние более проработанной временной перспективы на формирование приверженности к лечению.
6. Выявлено, что уровень социальной фрустрированности (общий показатель и показатели фрустрированности в сферах социально-экономического положения и состояния здоровья) у пациентов с высокой приверженностью терапии достоверно ниже, чем у пациентов со средней степенью приверженности терапии, что может свидетельствовать о влиянии социально-экономического положения пациента и его актуального клинического состояния на приверженность терапии.
7. Пациенты с высокой и средней степенью приверженности терапии имеют разную структуру социальных представлений в отношении терапии: структура представлений высокоприверженных пациентов в большей степени характеризуется наличием позитивных убеждений в отношении терапии и исхода заболевания (использование таких понятий

как «выздоровление», «борьба», «польза», «доверие» и т.д.), а структура представлений среднеприверженных пациентов — в большей степени наличием негативных убеждений о терапии и исхода заболевания (использование таких понятий как «бесполезно», «плохое здоровье», «физический дискомфорт»).

8. Установлено, что факторами, имеющими наибольшую прогностическую информативность в отношении степени приверженности терапии, являются типы отношения к болезни и степень социальной фрустрированности: чем выше значения представленности адаптивных типов реагирования на болезнь и ниже значения показателя социальной фрустрированности, тем выше вероятность отнесения пациента к группе с высокой степенью приверженности терапии. Для социальной комплаентности прогностически значимым является тип отношения к болезни, для эмоциональной комплаентности – тип отношения к болезни и степень социальной фрустрированности, для поведенческой комплаентности – показатели степени сформированности установок на выполнение назначений врача и показатель степени сформированности соответствующих поведенческих паттернов.
9. Выявленные у пациентов с недостаточной степенью приверженности терапии психологические особенности (преобладанием дезадаптивного типа реагирования на болезнь, высокая степень социальной фрустрированности, не проработанность временной перспективы в долгосрочном периоде, негативно окрашенные социальные представления о болезни и лечении) образуют определенный личностный паттерн, снижающий уровень приверженности лечению, который может рассматриваться как мишень долгосрочного клинико-психологического вмешательства. Краткосрочное клинико-психологическое вмешательство в урологической клинике может быть направлено на дополнительное информирование, выработку установок следовать назначениям врача, формирование соответствующих

паттернов поведения и осуществляться в виде мотивирующего интервью.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из наиболее актуальных вопросов не только медицины, но и клинической психологии, выступает проблема приверженности терапии, которая включает как прием медикаментов, так и модификацию образа жизни, формирование новых привычек и новых форм поведения. Особенно актуальной эта проблема становится в рамках хронических заболеваний, когда от выполнения пациентом назначенной терапии зависит дальнейшее течение заболевания и его исход. В данном контексте мочекаменная болезнь не является исключением. В зависимости от того, насколько регулярно и последовательно пациент следует назначенным процедурам, соблюдает низкобелковую диету и питьевой режим, отслеживает количество выделяемой мочи зависит повторное появление камней, а в случае с пациентами, у которых функционирует лишь одна почка, данная проблема встает еще более остро. От понимания пациентом важности следования назначениям зависит не только рецидив заболевания, но и то, насколько успешно пройдет реабилитация после операции по удалению конкремента. В свою очередь приверженность терапии может определяться не только индивидуально-личностными особенностями пациента, но также и социально-психологическими, особенностями взаимоотношений со специалистами системы здравоохранения, в частности, с лечащим врачом. На сегодняшний день количество исследований, направленных на изучение факторов приверженности терапии, продолжает увеличиваться и охватывает все новые нозологические единицы.

Выполненный обзор научной литературы позволил заключить, что психологические факторы приверженности терапии способны оказывать значимое влияние на степень приверженности терапии независимо от нозологии. В связи с чем основной целью настоящего исследования явилось изучение психологических факторов приверженности терапии при мочекаменной болезни.

Выборку исследования составили 114 пациентов мужского и женского пола, которые в дальнейшем были поделены на две группы исходя из степени приверженности терапии: 67 человек в группе высокоприверженных пациентов и 47 человек в группе среднеприверженных. Дизайн исследования предполагал следующие критерии включения пациентов в выборку: локализация конкремента в почке (диагноз по МКБ N20.0), возраст от 35 лет и наличие повторных госпитализаций, в качестве критериев для исключения выступили: выраженная физическая астения вследствие тяжелого течения заболевания и значительные когнитивные снижения, препятствующие пониманию и выполнению психодиагностических методик. Со всеми участниками была проведена клиническая беседа и предложено заполнение специально разработанных анкет для получения социально-демографических, психосоциальных и медико-биологических характеристик пациента, и анкеты, направленной на получение данных о степени информированности о заболевании, степени сформированности установок и поведенческих паттернов на выполнение терапевтических и профилактических мер, и пакет психодиагностических методик.

Результаты исследования информированности пациентов о заболевании показывают, что участники обеих групп имеют достаточную информированность о заболевании, методах терапии и профилактике заболевания. Однако было показано, что пациенты из группы с высокой приверженностью имеют достоверно более сформированные установки на выполнение терапевтических назначений и следование профилактическим процедурам.

Результаты регрессионного анализа позволили выявить основные предикторы приверженности терапии: тип отношения к болезни, степень социальной фрустрированности, а также степень сформированности установок и поведенческих паттернов на выполнение врачебных назначений. Также были показаны отличительные особенности временной перспективы и мотивационной сферы пациентов двух сравниваемых групп. Полученные

результаты согласуются с данными других исследований и указывают на то, что степень проработанности временной перспективы может также выступать предиктором повышения или снижения степени приверженности терапии. Показательным является и анализ структуры социальных представлений пациентов представленных групп, который указывает на более позитивное отношение высокоприверженных пациентов не только к терапевтическим и реабилитационным мероприятиям, но и к фигуре врача, что вероятно способствует выстраиванию более доверительных отношений и более крепкому терапевтическому альянсу.

Важным аспектом в рамках исследования приверженности терапии выступает и анализ экспертной оценки степени приверженности терапии лечащим врачом. Важность данного параметра не может быть переоценена в силу того, что получаемая врачом обратная связь от пациента о выполняемых им назначениях напрямую влияет на ход терапии. Так, в данном исследовании было показано, что в 30% случаев врачи склонны переоценивать степень приверженности терапии своих пациентов, что может быть связано с убежденностью врача в том, что предоставленная информация о методах терапии и профилактических мерах была полностью усвоена пациентом. Наибольший процент переоценки приверженности отмечается в случаях соблюдения пациентами низкобелковой диеты (40%) и питьевого режима (46%), стоит отметить, что следование данным профилактическим мерам выступает одними из основных при профилактике повторного камнеобразования. Полученные данные могут указывать как на недостаточную обратную связь от пациентов, так и на сложности при выстраивании клинической беседы на приеме пациента (Зайцева, 2022). Для решения данной задачи может быть использован первый блок краткосрочного вмешательства, разработанного в ходе данного исследования, который позволяет выявить не только степень информированности пациента о заболевании, но и получить более

подробную обратную связь о выполнении терапевтических и профилактических назначений.

### **Практические рекомендации**

Данные, полученные в ходе проведенного исследования, свидетельствуют, что пациенты с недостаточной приверженностью терапии характеризуются определенными психологическими особенностями: преобладанием дезадаптивного типа реагирования на болезнь, высокой степенью социальной фрустрированности, не проработанностью временной перспективы в долгосрочном периоде, социальные представления о болезни и лечении с негативной окраской, несформированностью установок следовать рекомендациям врача и вести здоровый образ жизни, а также несформированностью соответствующих паттернов поведения. Выявленный блок характеристик, по сути, указывает на психологическое неблагополучие и снижение уровня адаптации. Исследования мотивационной сферы (Толстых, 1988; Толстых, Кулаков, 1989; Обидин, 2007) показали, что не проработанность временной перспективы мотивационной сферы характерна для подростков более младшего возраста (в сравнении с более старшими), подросткам с личностными расстройствами (в сравнении со здоровыми), больным с невротическими расстройствами (в сравнении со здоровыми). Авторы трактуют эти результаты как признаки инфантильности или недостаточной личностной зрелости. В этом контексте можно предположить, что выявленные в нашем исследовании особенности характеризуют пациентов с недостаточной степенью приверженности терапии как недостаточно зрелых, не принимающих до конца ответственность за свою жизнь, не оценивающих в полном масштабе жизненную перспективу, не готовых к изменениям. Указанные особенности требуют целенаправленной, глубокой и продолжительной психотерапии, которая должна осуществляться специалистом-психотерапевтом. Однако такого специалиста в штате урологических клиник нет, поэтому пациенту, нуждающемуся в более продолжительной работе, может быть дана лишь рекомендация обратиться к



специалисту в будущем. В условиях урологической клиники клиничко-психологические вмешательства могут быть краткосрочными и иметь своей целью повышение степени приверженности терапии. На основании проведенного исследования можно предположить, что основными мишенями такого вмешательства должны быть такие связанные с приверженностью характеристики как информированность о заболевании и профилактических мерах, установки следовать рекомендациям врача и модифицировать образ жизни, паттерны поведения на более долгосрочную перспективу (например, регулярное потребление воды объемом до двух литров), а также отношение к болезни.

Представляется, что в данном контексте наиболее конструктивным будет разработка краткосрочного вмешательства в виде мотивационного интервьюирования. Наличие информационных материалов, представленных в разных вариантах (брошюры, приложения для смартфонов, образовательные видео-ролики, лекции в школе пациента), также как и информирование пациента врачом в процессе обычной беседы, как показывают результаты проведенного исследования, не приводят к нужному результату у всех пациентов. Так, в ходе психодиагностического обследования на этапе клинической беседы выявлялись случаи, когда пациент не был знаком с нормобелковой диетой несмотря на то, что на момент обследования госпитализация пациента не была первичной. Таким образом, пациент может принимать все препараты, выписанные врачом, но не соблюдать режим питания, который в клинике мочекаменной болезни выступает одним из самых значимых методов профилактики повторного камнеобразования. Причины незнания могут крыться в недостаточности пояснений лечащего врача или вовсе в отсутствии подобной разъясняющей беседы несмотря на то, что при выписке пациент получает рекомендации по питанию. При этом некоторые пациенты признавались, что никогда их не читали, а в основном ориентировались на то, что сказал врач. Этот пример

подтверждает, что кроме информирования необходимо дополнительное мотивирование пациента к соответствующему поведению.

Мотивационное интервьюирование имеет ряд очевидных преимуществ, так, было показано, что данный метод выступает действенным инструментом для модификации поведения в клинике зависимого поведения и соматических заболеваний (Csillik et al., 2021), также важно отметить и то, что мотивационное интервьюирование не предполагает длительного периода встреч, что безусловно, является плюсом в рамках не только стационарного лечения, но и амбулаторного, т. к. регулярность встреч со специалистом не всегда может быть доступна для пациента. Другое преимущество мотивационного интервьюирования заключается в достаточной устойчивости результатов, т. к. подход направлен на работу с внутренней мотивацией пациента для изменения собственного состояния, что также отмечалось многими исследователями (Zomahoun, 2017; Soderlund, 2017; Papus et al., 2022). Также важно упомянуть и о том, что мотивационное интервьюирование может быть успешно совмещено с другими терапевтическими подходами, которые направлены на работу с более глубинными процессами, требующими длительного периода работы; так, на сегодняшний день метод мотивационного интервьюирования активно используется в рамках когнитивно-поведенческого подхода. Исходя из этого можно предположить, что мотивационное интервьюирование может выступать не только как метод для повышения приверженности терапии, но и как дополнительный этап информирования пациента, даже если лечащим врачом уже была проведена разъясняющая беседа. Работа клинического психолога поможет выявить существующие непонятные для пациента моменты в терапии и последующей профилактики заболевания. В схеме мотивационного интервьюирования, существуют отдельные этапы и техники, направленные на проверку информированности пациента с последующем внедрением полученной информации для модификации образа жизни, следованию назначенной диете, соблюдению питьевого режима.

Первым этапом важно провести беседу с пациентом для оценки степени информированности о заболевании, необходимых профилактических мерах и оценить степень готовности пациента выполнять необходимые назначения. Также следует уточнить, следует ли пациент уже каким-либо терапевтическим и профилактическим процедурам. Если по результатам проведения первого блока выявлено, что пациент в достаточной степени проинформирован о заболевании и методах профилактики, а также следует основным рекомендациям, следует поощрить успехи пациента, поддержать верное поведение, уточнить, возникают ли у него трудности при выполнении назначений, предложить помощь, если необходимо (если пациент достаточно информирован, уже выполняет назначения, следует переходить к блоку 3).

Если по результатам первого блока интервью было выявлено, что пациент недостаточно информирован по каким-либо вопросам (заболевание, терапия, методы профилактики), необходимо предоставить ему дополнительную информацию, исходя из недостающих знаний. Для повышения качества обратной связи от пациента после его информирования необходимо предложить пациенту пересказать своими словами, как он понял полученную информацию (например: «Сейчас я расскажу немного подробнее о диете и питьевом режиме, а затем попрошу вас своими словами рассказать, что вам было понятно, а что вызвало вопросы»). Важно предупредить пациента о вопросе заранее, это поможет ему лучше концентрироваться на получаемой информации.

После дополнительного информирования пациента и получения от него обратной связи, необходимо повторно спросить его о готовности следовать необходимым назначениям и оценить степень готовности (переход к блоку 3). Если после дополнительного информирования, пациент по-прежнему не готов к изменению поведения, важно не настаивать на этом. Отсутствие готовности к изменению привычек и образа жизни указывают на сомнения пациента и раздумья о необходимости перемен. В случае внешнего давления со стороны специалиста пациент чаще начинает отстаивать

противоположную позицию. Однако при отсутствии внешнего давления пациент обдумывает оба варианта: модификацию привычек и отказ от перемен. На данном этапе следует спросить пациента, как бы могли повлиять на его жизнь новые привычки и старые, какое влияние мог бы оказать рецидив заболевания на его жизнь, или как бы выглядела его жизнь через пять или десять лет при изменении привычек и в случае отказа от модификаций образа жизни. Если пациент готов к изменению поведения, модификации образа жизни, следует помочь сформулировать пациенту цель и переходить к блоку 4.

На четвертом этапе следует обсудить с пациентом способы достижения выбранной цели. При этом важно, чтобы выбранная пациентом цель была реалистична и достижима, в противном случае, потерпев неудачу на первых этапах, пациенту будет сложнее возвращаться к новому поведению снова. Для конкретизации цели важно исходить из жизненного уклада пациента, его графика, распорядка дня и пр., это поможет формулировать небольшие, но достижимые цели. Например, если пациент ежедневно употребляет около 500 мл воды, то цель в виде повышения объема воды до 2.5 литров в сутки, будет нереалистичной и сложно выполнимой, однако постепенное повышение количества воды в сутки будет более приемлемой целью для данного пациента.

При обсуждении способов достижения цели также важно исходить из условий жизни пациента, его возможностей и ограничений. К примеру, при составлении плана по модификации питания важно учитывать финансовый аспект, т. к. некоторые пациенты не всегда способны изменить рацион питания в силу дороговизны ряда продуктов. В данном случае, при наличии возможности, рекомендуется направить пациента к диетологу, это позволит пациенту подобрать для себя альтернативы необходимых продуктов по приемлемой для него стоимости. Для модификации питьевого режима также следует обсудить с пациентом конкретные варианты действий, поощряйте пациента, если он предлагает реалистичные варианты самостоятельно, в

случае если пациент озвучивает сложные и мало реалистичные варианты, следует мягко и корректно спросить, насколько данный вариант реалистичен, предложите рассмотреть альтернативы. Например, пациент говорит, что планирует носить с собой двухлитровую бутылку воды, при этом упоминает, что помимо этого ему требуется носить с собой несколько контейнеров с едой на обед, а добираться до работы пациент на метро. Уточните у пациента, будет ли данный план для него физически удобен, либо стоит иметь несколько небольших бутылок воды в разных местах (дома, на работе, в сумке), на видном месте с возможностью наполнить их водой в любой момент.

Также на данном этапе важно обсудить с пациентом возможные препятствия к реализации поставленных целей. Так, в нашем исследовании 48% пациентов отметили, что при переходе на низкобелковую диету спустя время они возвращаются к своему привычному питанию. Таким образом, важно уточнять у пациентов, с какими сложностями, с их точки зрения, они могут столкнуться при формировании нового режима питания. Это позволит заранее подготовить план действий, в случае появления ситуации-триггера, который провоцирует пациента нарушать диету.

После проведения всех четырех этапов интервью следует назначить пациенту повторную встречу для оценки изменения поведения, возможной необходимости коррекции, а также поощрения успехов пациента.

Ниже представлена схема (или шаги) краткосрочного вмешательства. Она может быть использована врачом или психологом для контроля последовательности собственных действий.

При разработке этой схемы был использован опыт исследовательской группы СПбГУ, разработавшей краткосрочное вмешательство в рамках проекта «Профилактика Фетального алкогольного синдрома и нарушений нейроразвития у детей в России» (Балашова с соавт., 2012; Бурина, 2016).

## План краткосрочного вмешательства

### 1. Спросить

- Оценить степень информированности пациента о заболевании и назначениях
  - а). имеет четкое представление
  - б). имеет общее представление
  - в). понимает лишь отдельные моменты
  - г). не имеет представления о заболевании и методах терапии
- Оценить степень готовности к выполнению назначений, изменению образа жизни
  - а). пациент озвучивает готовность следовать назначениям
  - б). пациент озвучивает частичную готовность к выполнению назначений (например, только изменение питьевого режима, но не режима питания)
  - в). пациент не готов модифицировать образ жизни и следовать назначениям
- Оценить следование назначенной диете и соблюдение питьевого режима
  - а). пациент регулярно соблюдает питьевой режим и следует низкобелковой диете, выполнил необходимые анализы
  - б). пациент соблюдает лишь часть назначений
  - в). пациент не соблюдает никаких назначений

### 2. Проинформировать

- Если в Вопросе 1 по всем пунктам получены ответы типа **а** — переходить к пункту 3.
- Если пациент недостаточно информирован, предоставить дополнительную информацию (например, о влиянии высокобелковой пищи и соли на повторное образование камней), предупредив пациента, что в конце беседы вы попросите его обратную связь (например: «Сейчас я расскажу немного подробнее о диете и питьевом режиме, а затем попрошу вас своими словами рассказать, что вам было понятно, а что нет»)
- После дополнительного информирования попросите пациента пересказать своими словами предоставленную информацию (например, «Могли бы вы повторить своими словами то, что поняли из нашей беседы?»)

### 3. Направить

- а). Если пациент следует назначениям, поддержать правильное поведение, акцентируя внимания на успехах пациента
  - б). Если пациент следует назначениям нерегулярно, поддержать правильное поведение и обсудить необходимость регулярного выполнения назначений (например, необходимость ежедневного потребления воды более 2л)
- Оценить готовность изменить поведение после проведения пункта б).
    - 0 – совершенно не готов
    - 1 – частично готов
    - 2 — полностью готов
  - Помочь поставить цель
    - а). Если пациент готов изменить поведение, обозначьте совместно с пациентом цель и переходите к пункту 4.
    - б). Если пациент не готов изменить поведение, не настаивайте на постановке цели. Спросите: «Что бы изменилось в вашей жизни, если бы случился рецидив камнеобразования?»  
Поддержите шаги в нужном направлении и повторите Ваш совет, предложив помощь, когда понадобится (пока **не** переходите к пункту 4).

### 4. Помочь

- Обсудите способы достижения выбранной цели и помогите составить план действий

например, если пациенту сложно сформировать рацион питания, обсудите, как можно составить меню или каким образом можно организовать большое потребление воды ежедневно (носить с собой бутылку воды, поставить ее на видное место, установить напоминания на смартфон и пр.)

- Спросите о возможных препятствиях, и выразите готовность помочь (если необходимо, назначьте прием, дайте направление к другому специалисту, например, диетологу, и т.д.).

#### 5. Проследить

- Оцените изменения поведения на следующем приёме
- Поощряйте успех и/или предложите помощь при неудаче

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Абрамов А.Н., Исурина Г.Л., Внутренняя картина болезни пациентов, страдающих заболеваниями крови и почек // Научные исследования выпускников факультета психологии. – 2013. – Т.1, №1. – С. 11 – 15.
2. Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // Экспериментальная и клиническая урология. – 2010. – №1. – С. 4 – 11.
3. Аполихин О.И., Сивков А.В., Комарова В.А., Просянных М.Ю., Голованов С.А., Казаченко А.В., Никушина А.А., Шадеркина В.А. Заболеваемость мочекаменной болезнью в Российской Федерации 2005-2016 годы // Экспериментальная и клиническая урология. – 2018. – №4. – С. 4 – 14.
4. Аполихин О.И., Сивков А.В., Солнцева Т.В., Комарова В.А., Зайцевская Е.В. Эпидемиология МКБ в различных регионах РФ по данным официальной статистики. Материалы российской научной конференции с международным участием «Мочекаменная болезнь: фундаментальные исследования, инновации в диагностике и лечении» // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 2. – С. 120.
5. Баканов Е. Н., Иванников В. А. О природе побуждения // Вопросы психологии. – 1983. – № 4. – С. 146.
6. Балашова Т.Н., Дикке Г.Б., Исурина Г.Л., Шапкайц В.А., Варавикова Е.А., Цветкова Л.А., Ерофеева Л.В. Профилактика фетального алкогольного синдрома в работе акушера-гинеколога. Методическое руководство / под ред. Н.М. Подзолкова. М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2012. 36 с.
7. Беграмбекова Ю.Л., Плисюк А.Г., Гази Х.Й., Зимакова Е.И., Армаганов А.Г., Орлова Я.А. Осведомленность о факторах риска сердечно-



- сосудистых заболеваний и готовность к их коррекции: результаты анкетирования пациентов и врачей с помощью открытых вопросов // Артериальная гипертензия. – 2022. – Т. 28, №6. – С. 641 – 649.
8. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1998. – 272 с.
  9. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте – М.: Просвещение, 1968. – 278 с.
  10. Божович Л. И. Изучение мотивации поведения детей и подростков – М.: Педагогика, 1972. – 352 с.
  11. Боррел-Каррио Ф., Эпстайн Р.М., Сачмен Л. Биопсихосоциальная модель 25 лет спустя // Отечественные записки. – 2006. – Т. 2, №29. – С. 133 – 145.
  12. Бурина Е.А. Фетальный алкогольный синдром и краткосрочное психологическое вмешательство как метод его профилактики. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2016. – Т. 9, № 3. – С. 50 – 54.
  13. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.
  14. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Беребин М.А. Медотика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и её практическое применение. Методические рекомендации. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. Бехтерева, 2004. – 28 с.
  15. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л., Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. – 2008. – №27. – С. 67 – 71.
  16. Вассерман Л.И., Чугунов Д.Н., Щелкова О.Ю. Соотношение субъективных и объективных факторов в процессе формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения //

- Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 82 – 94.
17. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – 408 с.
18. Викторова И.А., Лисняк М.В., Трухан Д.И. Влияние социально-демографических и психологических факторов на приверженность терапии к антигипертензивной терапии // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – №5. – С. 75 – 78.
19. Власова Я.Ф. Особенности внутренней картины болезни при артериальной гипертензии в зависимости от приверженности к антигипертензивному лечению. – Ульяновск. – 2001. – С. 3 – 5.
20. Войтенко Р.М. Психологические аспекты болезни и инвалидности. Значение в клинике и экспертизе трудоспособности. // Методическое пособие. – Таллин: «Валгус», 1981. – 47 с.
21. Всемирная Организация Здравоохранения [Электронный ресурс]: Устав ВОЗ. URL: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution> (дата обращения: 12.03.2020).
22. Гаджиев Н.К., Васильева А.В., Зайцева Д.В., Горелов Д.С., Гелиг В.А., Обидняк В.М., Когай М.А., Петров С.Б. Применение краткосрочного психотерапевтического вмешательства для улучшения приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью // Вестник урологии. – 2019. Т. 8, №3. – С. 120 – 133.
23. Гауриллос А. И. Эффективность лечения больных с разным типом отношения к болезни в послеоперационный период // Современные проблемы и перспективы развития педагогики и психологии: сборник материалов 9-й научно-практической конференции, 24 ноября 2016 года / под ред. Б. Ш. Алиевой, К. И. Хаджиалиева. – Махачкала: ООО «Апробация», 2016. – 140 с.

- 24.Геворкян А.Р. Анализ урологической заболеваемости взрослого населения г. Москвы за 2006-2015 гг. // Медицина в Кузбассе. – 2017. – Т.16, № 2. – С. 49 – 53.
- 25.Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 214 с.
- 26.Гурова О.С. Особенности временной перспективы людей с хроническими заболеваниями // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2019. – Т. 5, №16. – С. 14 – 24.
- 27.Данилов А.Б. Биопсихосоциальная модель и хроническая боль // Российский журнал боли. – 2010. – №1. – С. 3 – 7.
- 28.Елфимова Е.В. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность // Заместитель главного врача. – 2009. – № 11. – С. 18 – 25.
- 29.Заболеваемость населения Российской Федерации в 2013 году: Статистические материалы (электронная версия МЗ РФ и ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ) [Электронный ресурс] // Заболеваемость населения Российской Федерации в 2013 году (статистический сборник. 2014). URL: [http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost\\_vsego\\_nas...\\_bolevaemost\\_2014.rar](http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost_vsego_nas..._bolevaemost_2014.rar) (дата обращения: 12.03.2022).
- 30.Зайцева Д.В. Краткосрочное психологическое вмешательство в урологической клинике // Вестник психотерапии. – 2023. №87. – С. 38 – 48;
- 31.Зайцева Д.В., Исурина Г.Л. Анализ степени приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью на этапе стационарного лечения // Вестник психотерапии. – 2022. – №83. – С. 40 – 48.
- 32.Иванников В. А. Формирование побуждения к действию // Вопросы психологии. – 1985. – № 3. – С. 113 – 123.

- 33.Кадыров Р.В., Арсиян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности»: монография. – Владивосток: Изд-во Мор. гос. ун-та, 2014. – 74 с.
- 34.Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – 2-е изд. СПб.: Питер, 2006. – 960 с.
- 35.Кербиков О.В. Избранные труды. – М.: Медицина, 1971. – 312 с.
- 36.Ковалев В. И. Мотивы поведения и деятельности – М.: Наука, 1988. – 192 с.
- 37.Коваленко Е.А. Факторы, влияющие на приверженность пациентов к длительной терапии после инсульта // Клиническая геронтология. – 2017. – Т. 5, №6. – С. 51 – 59.
- 38.Колесов Д. В. Эволюция психики и природа наркотизма – М.: Педагогика, 1991. – 312 с.
- 39.Комяков Б.А. Урология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 480 с.
- 40.Кондратьев Г.В., Юдин С.А., Вершинин Е.Г., Хвастунова Е.П., Сидорова Д.А., Вешнева С.А. Биопсихосоциальный подход в медицине: теория и практика реализации // Успехи современного естествознания. – 2014. – Т. 9, №1. – С. 14 – 16.
- 41.Конради А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 4, №6. – С. 8 – 12.
- 42.Копылова О. В., Ершова А. И., Ялтонский В. М., Сирота Н. А., Драпкина О. М. Мотивационное консультирование в профилактике развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, №12. – С. 216 – 225.
- 43.Костин А.К., Рудницкий В.А., Сазонова О.В., Никитина В.Б., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Гарганеева Н.П., Цыбульская Е.В., Перчаткина О.Э., Белокрылова М.Ф. Клинические и социально-психологические факторы, определяющие приверженность к терапии

- пациентов с соматоформными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2020. – Т. 2, № 107. – С. 14 – 25.
44. Кузнецкий Ю.Я., Курбатов Д.Г. Психоэмоциональный статус и качество жизни – основа эффективной реабилитации пациентов с хроническим неинфекционным простатитом // Физиотерапия, Бальнеология и Реабилитация. – 2007. – №1. – С. 37 – 41.
45. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы, эмоции – М.: Изд-во Моск-го ун-та, 1971. – 40 с.
46. Лехциер В.Л. Семиозис болезни: дихотомия культурологизма и персонализма (преодолевая стереотипы биомедицины) // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Философия. Филология». – 2009. – Т.2, №6. – С. 85 – 111.
47. Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – Т. 12, №1. – С. 63 – 65.
48. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и патогенные заболевания // Пограничная психиатрия (Антология отечественной медицины), 4-е изд.- М.: Медицина. 1977. – С. 37 – 52.
49. Мачильская О.В. Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (обзор литературы) // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2016. – №3. – С. 55 – 65.
50. Мясичев В.Н. Личность и неврозы – RUGRAM, 2013. – 426 с.
51. Мясичев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды / под ред. Бодалева А.А. – М.: Модэк МПСИ, 2004. – 158 с.
52. Нелидова А.В., Усачева Е.В. Факторы, влияющие на приверженность к лечению у пациентов с коронарным атеросклерозом в отдаленном периоде сосудистого события. [Электронный ресурс] // Современные

- проблемы науки и образования. 2015. №4. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20994> (дата обращения 5.04.2020)
53. Никифоров Г.С. Психология здоровья / Г.С. Никифоров. – Спб.: Питер, 2006. – 607с.
54. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: монография / В.В. Николаева. – Изд-во Моск-го ун-та, 1987. – 155с.
55. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2004. – 608 с.
56. Обидин И.Ю. Клинико-психологические характеристики патоморфоза истерических расстройств в период социально-экономических перемен в России: автореф. дисс. канд. психол. наук: 19.00.04 / И.Ю. Обидин; С.-Петербург. гос. ун-т. – Санкт-Петербург, 2007. – 251 с.
57. Омеляновский В. В., Авксентьева М. В., Ивахненко О. И., Хайлов П. М., Цфасман Ф. М., Зорин Н. А. Оценка клинико-экономической эффективности лечения шизофрении атипичными антипсихотиками пролонгированного действия в инъекционной форме с учетом приверженности пациентов к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 29. – С. 51–60.
58. Панферов А.С., Котов С.В., Сафиуллин Р.И. Анализ изменения качества жизни пациентов с двусторонним нефролитиазом после одномоментной и этапной билатеральной мини-перкутанной нефролитотомии // Экспериментальная и клиническая урология. – 2019. – №1. – С. 64 – 69.
59. Патент РФ № RU 2645117 С2, 30.12.2015. Способ коррекции психологического состояния у больных с хронической болезнью почек, получающих лечение гемодиализом. Патент России № RU 2645117 С2. 2015. Смирнов А.В., Ванчакова Н.П., Вацкель Е.А., Красильникова Н.В.
60. Петров В. И., Разваляева А. В., Некрасова Е. Е., Малюжинская Н. В. Оценка качества жизни пациентов, страдающих хронической

- идиопатической крапивницей // Вестник ВолГМУ. – 2010. – Т.4, №36. – С. 38 – 41.
- 61.Протошак В.В., Паронников М.В., Сиваков А.А., Киселев А.О. Качество жизни больных нефролитиазом // Урологические ведомости. – 2020. – Т. 10, №2. – С. 115 – 124.
- 62.Протошак В.В., Паронников М.В., Бабкин П.А., Киселев А.О. Качество жизни урологических больных // Урология. – 2018. – № 5. – С. 160 – 168
- 63.Рязанцев Е.В., Лемкина Е.А., Черапкин А.В., Антипкин И.И. Субъективная оценка качества жизни пациентов, страдающих уролитиазом // Вестник Мордовского университета. – 2013. – Т. 1, №2. С. 123 – 125.
- 64.Саверская Е.Н., Монтес-Росель К.В., Малярчук А.П., Соколова Т.В., Гура О.В. Анализ факторов, влияющих на приверженность пациентов с микозами стоп к терапии // Успехи медицинской микологии. – 2017. – Т. 17. – С. 88 – 91.
- 65.Сартакова П.В. Оценка экономической эффективности инвестиций в профилактику здоровья для человека // Пермский финансовый журнал. – 2020. – Т. 2, №23. – С. 98 – 118.
- 66.Сирота Н.А., Ярославская М.А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал . 2011. №2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 12.03.2020).
- 67.Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: учебн. пос. для вузов / В.В. Соложенкин. – М.: Академический проект, 2003. – 304 с.
- 68.Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплаенса у больных при проведении

- психофармакотерапии // Лечение нервных и психических заболеваний. – 2016. – Т.116, №4. – С. 32-36.
- 69.Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. – Л.: Медицина, 1984. – 191 с.
- 70.Толстых Н.Н. Изучение временной перспективы в контексте развития мотивационной сферы в подростковом и раннем юношеском возрасте// Мотивационная регуляция деятельности и поведения личности. – 1988. – С. 164 – 169.
- 71.Толстых Н. Н. Использование метода мотивационной индукции для изучения мотивации и временной перспективы будущего // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3. – С. 77 – 94.
- 72.Толстых Н.Н., Кулаков С.А. Изучение мотивации подростков, имеющих пагубные привычки // Вопросы психологии. – 1989. – №2. – С. 35 – 38.
- 73.Трубецков А.Д., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Периодические медицинские осмотры: проблема конкордантности // Медицина труда и промышленная экология. – 2007. – №9. – С. 6 – 10.
- 74.Тюльпин Ю.Г. Клиническая психология / Ю.Г. Тюльпин. – М.: Медицина, 2004. – 320 с.
- 75.Тюрк С. Мочекаменная болезнь / Пер. с англ.: О.В. Антонова. – Европейская организация урологов, 2015. – 97 с.
- 76.Урываев В.А., Тарасова А.А. Личностные детерминанты реакции на стресс // Научно-теоретический журнал «Ученые записки». – 2011. – Т. 6, №76. – С. 168 – 173.
- 77.Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2003. – 860 с.
- 78.Шевалев Е. А. О переживании болезни // Советская психоневрология. – 1936. – №4. – С. 19 – 34.
- 79.Шепелева Е.А., Лаптева Н.М., Мухоркина А.К. Богданова Р.С., Сыркина Е.А. Социально-демографические факторы приверженности к



- лечению при фибрилляции предсердий: взгляд психолога // Современная зарубежная психология. – 2019. – Т. 8, № 3. – С. 78 – 87.
- 80.Шестаев А.Ю., Паронников М.В., Протошак В.В., Синельников Л.М., Карпущенко Е.Г., Киселев А.О. Русскоязычная версия Висконсинского опросника для оценки качества жизни у пациентов с мочекаменной болезнью (Wisconsin stone-QOL (WISQOL)): результаты пилотного исследования // Экспериментальная и клиническая урология. – 2018. – Т. 34, № 2. С. 50 – 56.
- 81.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. – 2011. – № 29 – С. 10 – 14.
- 82.Яковлева М.В., Лубинская Е.И., Демченко Е.А. Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования // Вестник ЮурГУ. Серия Психология. – 2015. – Т. 8, № 2. – С. 59 – 70.
- 83.Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Представления о болезни взрослых пациентов с муковисцидозом // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2015. – №3. С. 70 – 73.
- 84.Abric J.-Cl. Experimental study of group creativity: Task representation, group structure and performance // European Journal of Social Psychology. – 1971. – V. 1 (3). – P. 311 – 326.
- 85.Ahmad F., Nada M., Farid A., Haleem M., Razack S. Epidemiology of urolithiasis with emphasis on ultrasound detection // Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation. – 2015. – V. 26 (2). – P. 386 – 391.
- 86.Alfonsson S., Johansson K. Differences in motivation and adherence to a prescribed assignment after face-to-face and online psychoeducation: an experimental study // BMC Psychology. – 2017. – V. 5 (3).

87. Allport G. *Personality: a psychological interpretation*. – N.Y.: Holt, Rinehart & Winston, 1971. – 588 p.
88. Arafa M., Rabah D. Study of quality of life and its determinants in patients after urinary stone fragmentation // *Health Qual Life Outcomes*. 2010. V. 8 (1).
89. Atkinson J. *An Introduction to Motivation*. – NJ.: Van Nostrand, 1978. – 405 p.
90. Bacigalupe G. Celiac is a social disease: family challenges and strategies // *Families, Systems, & Health*. 2015. V. 33 (1). – P. 46 – 54.
91. Baird H., Webb T., Martin J., Sirois F. The relationship between a balanced time perspective and self-monitoring of blood glucose among people with type 1 diabetes // *Annals of Behavioral Medicine*. – 2019. – V. 53 (2). – P. 196 – 209.
92. Bąk-Sosnowska M., Gruszczyńska M., Wyszomirska J., Daniel-Sielańczyk A. The influence of selected psychological factors on medication adherence in patients with chronic diseases // *Healthcare (Basel)*. – 2022. – V. 10 (3).
93. Bąk-Sosnowska M., Wyszomirska J., Daniel-Sielańczyk A. Selected psychological factors and medication adherence in patients with rheumatoid arthritis // *Reumatologia*. – 2021. – V. 59 (2). – P. 90 – 97.
94. Balbay O., Annakkaya A.N., Arbak P., Bilgin C., Erbas M. Which patients are able to adhere to tuberculosis treatment? A study in a rural area in the Northwest part of Turkey // *Japanese Journal of Infectious Diseases*. – 2005. – V. 58 (3). – P. 152 – 158.
95. Basulto-Martínez M., Olvera-Posada D., Velueta-Martínez I., Méndez-Probst C., Flores-Tapia J., Penniston K., Guerrero-Putz M., Heinze A. Quality of life in patients with kidney stones: translation and validation of the Spanish Wisconsin Stone Quality of Life Questionnaire // *Urolithiasis*. – 2020. – V. 48 (5). – P. 419 – 424.

96. Bea S., Lee H., Kim J., Jang S., Son H., Kwon J.-W., Shin J.-Y. Adherence and associated factors of treatment regimen in drug-susceptible tuberculosis patients // *Frontiers in Pharmacology*. – 2021. – V. 12.
97. Becker M., Maiman L. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations // *Medical Care*. – 1975. – V. 13 (1). P. 10 – 24.
98. Benson J., Britten N. Keep taking the tablets: balancing the pros and cons when deciding to take blood pressure treatment // *British Medical Journal*. – 2003. – V. 326 (7402). – P. 1314 – 1317.
99. Bhojani N., Moussaoui G. Validation of the French version of the Wisconsin Quality of Life (WISQOL) Questionnaire for patients with nephrolithiasis // *Canadian Urological Association Journal*. – 2021. – V. 15 (4). – P. 227-231.
100. Binning J., Woodburn J., Bus S., Barn R. Motivational interviewing to improve adherence behavior for the prevention of diabetic foot ulceration // *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. – 2019. – V. 35 (2).
101. Bissonnette J. Adherence: a concept analysis // *Journal of Advanced Nursing*. – 2008. – V. 63 (6). – P. 634 – 643.
102. Blackwell B. Drug therapy: patient compliance // *The New England Journal of Medicine*. – 1973. – V. 289 (5). – P. 249 – 252.
103. Borghi L., Meschi T., Amato F., Briganti A., Novarini A., Giannini A. Urinary volume, water and recurrences in idiopathic calcium nephrolithiasis: a 5-year randomized prospective study // *The Journal of Urology*. – 1996. – V. 155 (3). – P. 839 – 843.
104. Chakrabarti S. What's in a Name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders // *World Journal of Psychiatry*. – 2014. – V. 4 (2). – P. 30 – 36.
105. Chew H., Sim K., Choi K., Chair S. Relationship between self-care adherence, time perspective, readiness to change and executive function in Patients with heart failure // *Journal of Behavioral Medicine*. – 2019. – V. 43 (4). – P. 1 – 11.

106. Chien W., Mui J., Cheung E., Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial // *Trials*. – 2015. – V. 16 (270).
107. Cramer J., Roy A., Burrell A., Fairchild C., Fuldeore M., Ollendorf D., Wong P. Medication compliance and persistence: terminology and definitions // *Value Health*. – 2008. – V. 11 (1). – P. 44 – 47.
108. Csillik A., Devulder L., Fenouillet F., Louville P. A pilot study on the efficacy of motivational interviewing groups in alcohol use disorders // *Journal of Clinical Psychology*. – 2021. – V. 77 (12). – P. 2746 – 2764.
109. Curhan G., Goldfarb D. Epidemiology of stone disease. 2nd International consultation on stone disease // *Urologic Clinics of North America*. – 2007. – V. 34 (3). – P. 287 – 293.
110. Curhan G. Kidney stones in adults: epidemiology and risk factors [Электронный ресурс] // UpToDate. 2021. URL: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/7375> (дата обращения 11.04.2022)
111. Dawood O.T., Ibrahim M.I.M., Palaian S. Medication compliance among children // *World Journal of Pediatrics*. – 2010. – V. 6 (3). – P. 200 – 202.
112. Deyo R. Early diagnostic evaluation of low back pain // *Journal of General Internal Medicine*. – 1986. – V. 1 (5). – P. 328 – 338.
113. Drongelen J., Kiemeney L., Debruyne F., Rosette J. Impact of urometabolic evaluation on prevention of urolithiasis: a retrospective study // *Urology*. – 1998. – V. 52 (3). – P. 384 – 391.
114. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // *Science*. – 1977. – V. 196 (4286). – P. 129 – 136.
115. Foster P., Hudson S. From compliance to concordance: a challenge for contraceptive prescribers // *Health Care Analysis*. – 1998. – V. 6 (2). – P. 123 – 130.
116. Fuster V. Un Problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (Farmacológica) // *Revista Española de Cardiología*. – 2012. – V. 65 (Supl 2). – P. 10 – 16.

- 117.Essery R., Geraghty A., Kirby S., Yardley L. Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review // *Disability and Rehabilitation*. – 2017. – V. 39 (6). – P. 519 – 534.
- 118.Finegood D. The complex systems science of obesity. In: *The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity*. Cawley J. editor. – NY: Oxford University Press, 2011. – P. 208 – 236.
- 119.Forkan R., Pumper B., Smyth N., Wirkkala H., Ciol M., Shumway-Cook A. Exercise adherence following physical therapy intervention in older adults with impaired balance // *Physical Therapy*. – 2006. – V. 86 (3). – P. 401 – 410.
- 120.Fritsche HM., Dötzer K. Improving the compliance of the recurrent stone-former // *Arab Journal of Urology*. – 2012. – V. 10 (3). – P. 342 – 346.
- 121.Georges C., Pappaccogli M., Fanelli E., Petit G., Ritscher S., Lopez-Sublet M., Bapolisi A., Wallemacq P., Rabbia F., de Timary P., Toennes S., Persu A. Drug adherence and psychological factors in patients with apparently treatment-resistant hypertension: Yes but which ones? // *Journal of Clinical Hypertension*. – 2022. – V. 24 (11). – P. 1436 – 1443.
- 122.Gonzalez J., Tanenbaum M., Commissariat P. Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice // *American Psychologist*. – 2016. – V. 71 (7). – P. 539 – 551.
- 123.Gottstein M., Pratsinis M., Güsewell S., Betschart P., Abt D., Knoll T. The German linguistic validation of the Wisconsin Stone Quality of Life questionnaire (WisQoL) // *The Journal of Urology*. – 2021. – V. 39 (6). – P. 2163 – 2168.
- 124.Hardcastle S., Taylor A., Bailey M., Harley R., Hagger M. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up // *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* volume. – 2013. – V. 10 (40).

125. Hayden B. Enhancing Medication Adherence: The Public Dilemma. Springer Healthcare Communications, 2012. – 1656 p.
126. Haynes R., Ackloo E., Sahota N., McDonald H., Yao X. Interventions for enhancing medication adherence // Cochrane Database of Systematic Review. – 2008. – V. 16 (2).
127. Haynes R., Taylor D., Sackett D. Compliance in Health Care. – Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979. – 516 p.
128. Hevener B., Hevener W. Continuous positive airway pressure therapy for obstructive sleep apnea: Maximizing adherence including using novel information technology-based systems // Sleep Medicine Clinics. – 2016. – V. 11 (3). – P. 323 – 329.
129. Herta F., Dennis T. Assessment of stress-related psychophysiological responses in chronic pain patients // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1985. – V. 53 (3). – P. 354 – 364.
130. Hesse A., Brändle E., Wilbert D., Köhrmann K-U., Alken P. Study on the prevalence and incidence of urolithiasis in Germany comparing the years 1979 vs. 2000 // European Urology. – 2003. – V. 44 (6). – P. 709-713.
131. Hevey D., McGee H., Horgan J. Relationship of initial level of distress to changes in health-related quality of life during cardiac rehabilitation or usual care // Psychosomatic Medicine. – 2007. – V. 69 (8). – P. 793 – 797.
132. Horne R., Weinman J, Barber N., Elliott R., Morgan M., Cribb A., Kellar I. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. – NCCSDO, 2005. – 310 p.
133. Horne R., Cooper V., Wileman V., Chan A. Supporting adherence to medicines for long-term conditions // European Psychologist. – 2019. – V. 24 (1). – P. 82 – 96.
134. Jin J., Sklar G., Oh V., Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective // Therapeutics and Clinical Risk Management. – 2008. – V. 4 (1). – P. 269 – 286.

135. Khair K. Compliance, concordance and adherence: what are we talking about? // *Haemophilia*. – 2014. – V. 20 (5). – P.601 – 603.
136. Khambati A., Matulewicz R., Perry K., Nadler R. Factors associated with compliance to increased fluid intake and urine volume following dietary counseling in first-time kidney stone patients // *Journal of Endourology*. – 2017. – V. 31 (6). – P. 605-610.
137. Kiortsis D., Giral P., Bruckert E., Turpin G. Factors associated with low compliance with lipid-lowering drugs in hyperlipidemic patients // *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics*. – 2000. – V. 25 (6). – P. 445 – 451.
138. Kisa A. *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. – Geneva: World Health Organization, 2003. – 198 p.
139. Knost B., Flor H., Braun C., Birbaumer N. Cerebral processing of words and the development of chronic pain // *Psychophysiology*. – 1997. – V. 34 (4). – P. 474 – 481.
140. Kyngäs H., Lahdenperä T. Compliance of patients with hypertension and associated factors // *Journal of Advanced Nursing*. – 1999. – V. 29 (4). – P. 832 – 839.
141. Lertmaharit S., Kamol-Ratankul P., Sawert H., Jittimane S., Wangmanee S. Factors associated with compliance among tuberculosis patients in Thailand // *Journal of the Medical Association of Thailand*. – 2005. – V. 4. – P. 149 – 156.
142. Li Z., Chen Q., Yan J., Liang W., Wong W. Effectiveness of motivational interviewing on improving care for patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial // *BMC Health Services Research*. – 2020. – V. 20 (57).
143. Lieske J., Pena de la Vega L., Slezak J., Bergstralh E., Leibson C., Ho K.-L., Gettman M. Renal stone epidemiology in Rochester, Minnesota: an update // *Kidney International*. – 2006. – Vol. 69 (4). – P.760 – 764.

- 144.Liu Y., Chen Y., Liao B., Luo D., Wang K., Li H., Zeng G. Epidemiology of urolithiasis in Asia // *Asian Journal of Urology*. – 2018. – V. 5 (4). – P. 205 – 214.
- 145.Lloyd J., Maresh S., Powers C., Shrank W., Alley D. How much does medication nonadherence cost the medicare fee-for-service program? // *Medical Care*. – 2019. – V. 57 (3). – P. 218 – 224.
- 146.Lundahl B., Moleni T., Burke B., Butters R., Tollefson D., Butler C., Rollnick S. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Patient Education and Counseling*. – 2013. – V. 93 (2). – P. 157 – 168.
- 147.Maffoni M., Traversoni S., Costa E., Midao L., Kardas P., Kurczewska-Michalak M., Giardini A. Medication adherence in the older adults with chronic multimorbidity: A systematic review of qualitative studies on patient's experience // *European Geriatric Medicine*. – 2020. – V. 11 (3). – P. 369 – 381.
- 148.Marrero R., Fumero A., de Miguel A., Peñate W. Psychological factors involved in psychopharmacological medication adherence in mental health patients: A systematic review // *Patient Education and Counseling*. – 2020. – V. 103 (10). – P. 2116 – 2131.
- 149.Mathes T., Jaschinski T., Pieper D. Adherence influencing factors – a systematic review of systematic reviews // *Archives of Public Health*. – 2014. – V. 72 (37).
- 150.Mechanic D. *Illness Behavior*. Boston, MA: Springer, – 1986. – 416 p.
- 151.Mehrtash M., Bakker J., Ayas N. Predictors of continuous positive airway pressure adherence in patients with obstructive sleep apnea // *Lung*. – 2019. – V. 197 (2). – P. 115-121.
- 152.Miller W. *Motivational Interviewing with problem drinkers* // *Behavioural Psychotherapy*. – 1983. – V. 11 (2). – P. 147 – 172.



153. Mullen P. Compliance becomes concordance: Making a change in terminology produce a change in behavior // *British Medical Journal*. – 1997. – V. 14 (7082). P. 691 – 692.
154. Munakata J., Benner J., Becker S., Dezii C., Hazard E., Tierce J. Clinical and economic outcomes of nonadherence to highly active antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus // *Medical Care*. – 2006. – V. 44 (10). – P. 893-899.
155. Murphy N., Canales M. A Critical analysis of compliance // *Nursing inquiry*. – 2001. – V. 8 (3). P. 173 – 181.
156. Murray H. *Exploration in Personality*. – N.Y.: Oxford University Press, 2007. – 860 p.
157. New F., Soman B. A Complete world literature review of Quality of Life (QOL) in patients with Kidney Stone Disease (KSD) // *Current Urology Reports*. – 2016. – V. 17 (12).
158. Okada T., Hamamoto S. Validation of the Japanese version of The Wisconsin Stone Quality of Life Questionnaire (WISQOL): Results from SMART study group // *Journal of Endourology*. – 2021. – V. 35 (12). – P. 1852 – 1856.
159. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication // *New England Journal of Medicine*. – 2005. – V. 353 (5). – P. 487 – 497.
160. Papus M., Dima A., Viprey M., Schott A., Schneider M., Novais T. Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: Systematic review of randomized controlled trials // *Patient Education and Counseling*. – 2022. – V. 105 (11). – P. 3186 – 3203.
161. Parwati N., Bakta I., Januraga P., Wirawan I. A health belief model-based motivational interviewing for medication adherence and treatment success in pulmonary tuberculosis patients // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021. – V. 18 (24).
162. Patel N., Brown R., Sarkissian C., De S., Monga M. Quality of life and urolithiasis: the patient – reported outcomes measurement information

- system (PROMIS) // *International Brazilian Journal of Urology*. – 2017. – V. 43 (5). P. 880 – 886.
163. Penniston K., Antonelli J., Viprakasit D., Averch T., Sivalingman S., Sur R., Pais V., Chew B., Bird V., Nakada S. Validation and reliability of the Wisconsin Stone Quality of Life Questionnaire // *The Journal of Urology*. – 2017. – V. 197 (5). – P. 1280 – 1288.
164. Pereira M. Family variables as moderators between beliefs towards medicines and Adherence to self-care behaviors and medication in type 2 diabetes // *Families, Systems, & Health*. – 2014. – V. 32(2). – P. 198 – 206.
165. Peterson A. M., Takiya L., Finley R. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence // *American Journal of Health-System Pharmacists*. – 2003. – V. 60 (7). – P. 657 – 665.
166. Playle J., Keeley P. Non-compliance and professional power // *Journal of Advanced Nursing*. – 1998. – Vol. 27 (2). – P. 304 – 311.
167. Rafii F., Fatemi N., Danielson E., Johansson C., Modanloo M. Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration // *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. – 2014. – V. 19 (2). – P. 159 – 167.
168. Ramello A., Vitale C., Marangella M. Epidemiology of nephrolithiasis // *Journal of Nephrology*. – 2000. – V. 13 (3). P. 45 – 50.
169. Reid R., Fishman P., Yu O., Ross T., Tufano J., Soman M., Larson E. Patient-centered medical home demonstration: a prospective, quasi-experimental, before and after evaluation // *The American Journal of Managed Care*. – 2009. – V. 15 (9). – P. 71-87.
170. Rollnick S., Miller W. *Motivational Interviewing in Health Care Helping Patients Change* / S. Rollnick, WR Miller. – NY: The Guilford Press, 2012. – 210 p.
171. Romero V., Akpınar H., Assimos D. Kidney stones: a global picture of prevalence, incidence, and associated risk factors // *Reviews of Urology*. – 2010. – V. 2 (2-3). – P. 86 – 96.

172. Rosenstock I.M. Historical origins of the health belief model // *Health Education Monographs*. – 1974. – V. 2 (4). – P. 328 – 335.
173. Sansbury B., Nystoriak M., Uchida S., Wysoczynski M., Moore J. Time perspective and medication adherence among individuals with hypertension or diabetes mellitus // *Patient Education and Counseling*. – 2014. – V. 95 (1). – P. 104 – 110.
174. Scales C., Smith A., Hanley J., Saigal C. Prevalence of kidney stones in the United States // *European Urology*. – 2012. – V. 62 (1). – P. 160 – 165.
175. Sherwood R. Compliance behavior of hemodialysis patients and the role of the family // *Families, Systems, & Health*. – 1983. – V. 1 (2). – P. 60 – 72.
176. Schmidt S., Hemmestad L. Motivation and barriers to maintaining lifestyle changes in patients with type 2 diabetes after an intensive lifestyle intervention (The U-TURN Trial): A longitudinal qualitative study // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. – V. 17 (20).
177. Schwab R., Badr S., Epstein L., Gay P., Gozal D., Kohler M., Lévy P., Malhotra A., Phillips B., Rosen I., Strohl K., Strollo P., Weaver E., Weaver T. An official American Thoracic Society statement: continuous positive airway pressure adherence tracking systems. The optimal monitoring strategies and outcome measures in adults // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. – 2013. – V. 188 (5). – P. 613 – 620.
178. Siener R. Nutrition and kidney stone disease // *Nutrients*. – 2021. – V. 13 (6). – P. 1 – 17.
179. Skinner B. F. *About Behaviorism*. – N.Y.: Vintage Books, 1974. – 304 p.
180. Soderlund P. Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review // *Chronic Illness*. – 2018. – V. 14 (1). – P. 54 – 68.

181. Sorokin I., Mamoulakis C., Miyazawa K., Rodgers A., Talati J., Lotan Y. Epidemiology of stone disease across the world // *World Journal of Urology*. – 2017. – V. 35. – P. 1301 – 1320.
182. Steiner B., Saalfeld B., Elgert L., Haux R., Wolf K. OnTARi: an ontology for factors influencing therapy adherence to rehabilitation // *BMC Medical Informatics and Decision Making*. – 2021. – V. 21 (1).
183. Stromberg A. Patient-related factors of compliance in heart failure: Some new insights into an old problem // *European Heart Journal*. – 2006. – V. 27(4). – P. 379 – 381.
184. Strobe S., Wolf J., Hollenbeck B. Changes in gender distribution of urinary stone disease // *Urology*. – 2010. – V. 75. – P. 543 – 546.
185. Theofilou P., Panagiotaki H. A literature review to investigate the link between psychosocial characteristics and treatment adherence in cancer patients // *Oncology Reviews*. – 2012. – V. 6 (1).
186. To K., Lee I., Choi K., Cheung An information-motivation-behavioural-based model and adherence to inhalation therapy and other health outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A pilot randomized controlled trial // *International Journal of Nursing Practice*. – 2020. – V. 26 (2).
187. Verges P. L'Evocation de l'argent: Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation // *Bulletin de psychologie*. – 1992. – V. 45 (405). – P. 203 – 209.
188. Verges P. Noyau central, sailance et proprietes structurales // *Textes sur les Representations Sociales*. – 1994. – V. 3 (1). – P. 3 – 12.
189. Vermeire E., Hearnshaw H., Royen P., Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review // *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. – 2001. – V. 265. – P. 331 – 342.
190. Vik S., Maxwell C., Hogan D. Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors // *Annals of Pharmacotherapy*. – 2004. – V. 38 (2). – P. 303 – 312.

191. Wermelt J., Schunkert H. Management of arterial hypertension // *Herz*. – 2017. – V. 42 (5). – P. 515 – 526.
192. Wilkinson W. Understanding motivation to enhance patient compliance // *British Journal of Nursing*. – 1997. – V. 6 (15). – P. 879 – 884.
193. Yasui T., Iguchi M., Suzuki S., Kohri K. Prevalence and epidemiological characteristics of urolithiasis in Japan: National trends between 1965 and 2005 // *Urology*. – 2008. – V. 71 (2). – P. 209 – 213.
194. Yoon Y., Cho S. Translation and linguistic validation of the Korean Version of the Wisconsin Stone Quality of Life Questionnaire // *International Neurourology Journal*. – 2020. – V. 24 (1). – P. 77 – 83.
195. Wagner C. Etiopathogenic factors of urolithiasis // *Archivos Españoles de Urología*. – 2021. – V. 74 (1). – P. 16 – 23.
196. Zabolypour S., Alishapour M., Behnammoghadam M., Abbasi Larki R., Zoladl M. A comparison of the effects of teach-back and motivational interviewing on the adherence to medical regimen in patients with hypertension. – 2020. – V. 26. – P. 104 – 410.
197. Zhao X., Villagran M., Kreps G., McHorney C. Gain versus loss framing in adherence-promoting communication targeting patients with chronic diseases: the moderating effect of individual time perspective // *Health Communication*. – 2012. – V. 27 (1). – P. 75 – 85.
198. Zomahoun H., Guénette L., Grégoire J., Lauzier S., Lawani A., Ferdynus C., Huiart L., Moisan J. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis // *International Journal of Epidemiology*. – 2017. – V. 46 (2). – P. 589 – 602.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1****Информационная карта**

№ \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

1. Пол
  - а). м
  - б). ж
2. Возраст (лет) \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_
3. Образование:
  - а). ниже среднего
  - б). среднее
  - в). среднее специальное
  - г). неоконченное высшее
  - д). высшее
7. Семейное положение:
  - а). холост
  - б). состоит в гражданском браке
  - в). в браке
  - г). в разводе
  - д). вдовец/вдова
8. Проживает:
  - а). один
  - б). в собственной семье (супруг/а и/или дети)
  - в). с собственной семьей и с семьей родителей или других родственников
9. Дети
  - а). нет
  - б). да
10. Степень социальной активности:
  - а). активно вовлечен в жизнь семьи, общества
  - б). принимает участие в жизни семьи, общества
  - в). не задействован в жизни семьи, общества
11. Отношение к операции:
  - а). понимаю ее необходимость и не испытываю тревогу
  - б). понимаю ее необходимость, но испытываю достаточно сильную тревогу
  - в). сомневаюсь в необходимости
12. Осведомленность о МКБ:
  - а). четкое представление
  - б). общее представление
  - в). не осведомлен
13. Осведомленность о предстоящей операции, ее возможных последствиях:
  - а). четкое представление
  - б). общее представление
  - в). не осведомлен
14. Отношение к лечению:
  - а). полностью согласен с рекомендациями врача
  - б). частично согласен с рекомендациями врача
  - в). не согласен с рекомендациями врача

15. Прогноз заболевания:
  - а). понятен
  - б). не понятен
16. Ограничения, связанные с имеющимся заболеванием:
  - а). большое количество ограничений (инвалидность, строгая диета, прием лекарств, ограничение
  - б). физических и эмоциональных нагрузок и проч.)
  - в). среднее (временная нетрудоспособность, диета, прием лекарств и проч.)
  - г). минимальное количество ограничений
17. Взаимоотношения с лечащим врачом:
  - а). хорошие, доверительные
  - б). нейтральные
  - в). натянутые
18. Взаимоотношения с близким социальным окружением:
  - а). доброжелательные, доверительные
  - б). нейтральные
  - в). отчужденные
  - г). открыто конфликтные
19. Осведомленность ближайшего социального окружения о заболевании:
  - а). четкое представление
  - б). общие сведения
  - в). не осведомлен
20. Наличие поддержки со стороны ближайшего социального окружения:
  - а). да
  - б). нет
21. Место проживания:
  - а). город
  - б). пригород
  - в). сельская местность
22. Давность мочекаменной болезни
  - а). < 1 года
  - б). 1-3 года
  - в). 3-6 лет
  - г). > 6 лет
23. Частота госпитализаций в связи с мочекаменной болезнью (за последний год)
  - а). отсутствие госпитализаций
  - б). 1-2 госпитализации
  - в). 3-5 госпитализаций
  - г). более 5 госпитализаций
24. Рост (м), вес (кг) \_\_\_\_\_
25. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_
26. Комментарии

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2****Структурированное интервью для пациентов**

1. Знаете ли вы состав своего камня?
  - а). Да
  - б). Нет
  - в). Он был разрушен, провести анализ невозможно
2. Какое количество белка необходимо потреблять пациентам с мочекаменной болезнью?
  - а). 20-50 г
  - б). 60-80 г
  - в). 90-120 г
3. Какое количество соли необходимо потреблять пациентам с мочекаменной болезнью?
  - а). 3-5 г
  - б). 5-7 г
  - в). 7-9 г
4. Какое количество мочи необходимо выделять в сутки пациентам с мочекаменной болезнью?
  - а). <1000 мл
  - б). 1000-1500 мл
  - в). 1500-2000 мл
5. Какие риски несоблюдения диеты вам известны?
  - а). Повторное камнеобразование
  - б). Ухудшение общего самочувствия
  - в). Возникновение почечной колики
  - г). Свой вариант \_\_\_\_\_
6. Считаете ли вы обязательным проводить анализ камня для пациентов с мочекаменной болезнью?
  - а). Полностью согласен
  - б). Скорее согласен
  - г). Скорее не согласен
  - д). Не согласен
7. Считаете ли вы обязательным соблюдать низкобелковую диету для пациентов с мочекаменной болезнью?
  - а). Полностью согласен
  - б). Скорее согласен
  - г). Скорее не согласен
  - д). Не согласен
8. Считаете ли вы обязательным выпивать более двух литров воды для пациентов с мочекаменной болезнью?
  - а). Полностью согласен
  - б). Скорее согласен
  - г). Скорее не согласен
  - д). Не согласен
9. Считаете ли вы обязательным отслеживать количество выделяемой мочи для пациентов с мочекаменной болезнью?
  - а). Полностью согласен
  - б). Скорее согласен
  - г). Скорее не согласен



- д). Не согласен
10. Выполнили ли вы анализ камня?
- а). Да
  - б). Нет
  - в). Невозможно выполнить, т.к. он разрушен
11. Если вы не выполнили анализ камня, то что этому препятствовало?
- а). Я забыл(-а)
  - б). Это дорого для меня анализ
  - в). Я не знал, что нужно это сделать
  - г). Не смог найти времени на это
  - д). Считаю, что это не обязательно
12. Соблюдаете ли вы низкобелковую диету?
- а). Соблюдаю полностью
  - б). Соблюдаю частично
  - в). Стараюсь соблюдать, но не всегда удаётся
  - г). Не получается соблюдать
  - д). Другое \_\_\_\_\_
13. Если вы не соблюдаете низкобелковую диету, то что препятствует этому?
- а). Слишком сложная схема питания, я не понимаю её
  - б). Это обходится финансово дорого для меня
  - в). С моим образом жизни сложно изменить питание
  - г). Я начинаю соблюдать, но позже перехожу на свой обычный рацион
  - д). Другое \_\_\_\_\_
14. Сколько литров воды вы выпиваете в сутки?
- а). Около трёх литров
  - б). Около двух литров
  - в). Около одного литра
  - г). Выпиваю много жидкости, но не веду подсчет
  - д). Не обращаю внимания на то, сколько выпиваю жидкости
15. Если вы не контролируете количество потребляемой жидкости, то что этому препятствует?
- а). Забываю
  - б). Не знаю, как организовать это
  - в). Мой рабочий день выстроен так, что я не могу пить воду часто
  - г). Другое \_\_\_\_\_
16. Отслеживание ли вы количество выделяемой в сутки мочи?
- а). Да, отслеживаю всегда
  - б). Отслеживаю, но не всегда
  - в). Скорее не отслеживаю
  - г). Не отслеживаю вообще
17. Если не отслеживаете, то что препятствует этому?
- а). Неудобно это делать ежедневно
  - б). Не понимаю, как это можно реализовать
  - в). Это смущает меня
  - г). Другое \_\_\_\_\_
18. Что бы вам помогло следовать рекомендациям врача относительно диеты, питьевого режима и т.д.?
- а). Четкие указания врача
  - б). Наличие брошюры, научно обоснованной
  - в). Приложение в смартфоне
  - г). Школа пациента
  - д). Контроль со стороны близких

- е). Советы других пациентов  
ж). Свой вариант \_\_\_\_\_
19. Получаете ли вы необходимую информационную о заболевании от врача при выписке?  
а). Да  
б). Нет
20. Достаточно ли вам получаемой информации о заболевании при выписке?  
а). Да  
б). Нет
21. Достаточно ли вам получаемой информации о заболевании для того, чтобы изменить режим питания, питьевой режим?  
а). Да, хватает  
б). Да, хватает, но у меня есть дополнительные вопросы  
в). Нет, не хватает
22. Какими источниками для получения информации о заболевании вы пользуетесь? (Можно выбрать несколько вариантов)  
а). Консультация врача  
б). Школа пациента  
в). Различные интернет-сайты (форумы, статьи и т.д.)  
г). Другое \_\_\_\_\_
23. По каким вопросам вам требуется дополнительная консультация специалистов?  
а). Характер заболевания  
б). Проведение операции  
в). Прогноз  
г). Диета  
д). Питьевой режим  
е). Мне все понятно  
ж). Да, по вопросам \_\_\_\_\_  
з). Нет, мне все понятно
24. В какой форме вам было бы удобнее всего получать информацию о заболевании?  
а). Беседа с врачом  
б). Посещение школы пациента  
в). Получать информационную брошюру при выписке  
г). Свой вариант \_\_\_\_\_

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3****Анкета для изучения оценки врачами степени приверженности терапии пациента**

1. Пациент соблюдает нормобелковую диету
  - а). да
  - б). частично
  - в). Нет
2. Пациент соблюдает питьевой режим
  - а). да
  - б). иногда
  - в). нет
3. Пациент закончил полностью курс назначенных антибиотиков после операции
  - а). да
  - б). нет
  - в). не требовалось
4. Пациент соблюдает режим потребления соли
  - а). да
  - б). иногда
  - в). нет
5. Пациент выполнил химический анализ камня
  - а). да
  - б). нет
  - в). камень был разрушен
6. Динамика состояния в течение настоящей госпитализации
  - а). Значительное улучшение
  - б). Улучшение
  - в). Не изменилось
  - г). Некоторое ухудшение
  - д). Значительное ухудшение
7. Насколько пациент осведомлен о симптомах, течении, прогнозе:
  - а). Не осведомлен
  - б). Имеет общее представление
  - в). Имеет четкое представление
8. Психологическая реакция на болезнь:
  - а). Игнорирование, преуменьшение (нозофобные тенденции)
  - б). Адекватное реагирование
  - в). Фиксация на болезни (нозофильные тенденции)
9. Понимание механизмов настоящей болезни:
  - а). Отсутствует
  - б). Частичное
  - в). Полное
10. С вашей точки зрения, в какой степени пациент усвоил предоставленную ему информацию о методах проводимой терапии?
  - а). Полностью усвоил
  - б). Преимущественно усвоил
  - в). Частично усвоил
  - г). Не усвоил
11. Отношение пациента к проводимому лечению
  - а). Положительное
  - б). Нейтральное
  - в). Отрицательное

12. Экспертная врачебная оценка приверженности лечению
- а). Высоко комплаентен
  - б). Средне комплаентен
  - в). Не комплаентен
  - в). Низко комплаентен