

Е.А. САМАРИНА¹, С.Б. ПОНОМАРЁВ², С.А. СТЕРЛИКОВ¹

¹Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, г. Москва.

²Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний, г. Ижевск

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА У ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Статья посвящена изучению связи между формирующими терапевтическую приверженность факторами (доверием к лечащему врачу, субъективно воспринимаемым уважением со стороны лечащего врача, удовлетворённостью условиями оказания медицинской помощи) и параметрами взаимодействия врача и пациента (доступностью объяснений при медицинском осмотре и выполнении манипуляций, оценкой времени общения врача с пациентом, полнотой информации о состоянии здоровья, заболевании и осуществляемом лечении, частотой разъяснения результатов обследования и тактики лечения) у женщин, находящихся в исправительных учреждениях. Установлена наибольшая связь между субъективно воспринимаемым уважением со стороны врача, доверием к врачу и удовлетворённостью условиями оказания медицинской помощи с доступностью объяснений и полнотой информации о состоянии здоровья, заболевании и осуществляемом лечении. Исключено влияние возможных вмешивающихся факторов: уровня образования, возраста, срока заключения.

Ключевые слова: *психологические особенности осужденных женщин, формирование терапевтической приверженности, взаимоотношения врача и пациента, удовлетворенность медицинской помощью*

Самарина Елена Алексеевна – заочный аспирант Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва. E-mail: samarina.elena.2012@yandex.ru

Пономарёв Сергей Борисович – начальник филиала научно-исследовательского института Федеральной службы исполнения наказаний, заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор. E-mail: dostmedsb@mail.ru

Стерликов Сергей Александрович – заместитель руководителя Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации, доктор медицинских наук. E-mail: sterlikov@list.ru

E.A. SAMARINA¹, S.B. PONOMAREV², S.A. STERLIKOV¹

¹Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

²Research Institute of the Federal Penitentiary Service

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF COMPLIANCE IN IMPRISONED WOMEN

The article studies the relationship between forming compliance factors (trust to your doctor, subjectively perceived respect from the attending physician, satisfaction with health care delivery) and the parameters of the doctor-patient interaction (accessible explanations during physical examination and performing manipulations, evaluation of communication time between doctor and patient, disclosure of health, disease, and treatment information, clarification of findings and management strategies) in women who are in prison. The highest relationship was between the subjectively perceived respect from the doctor, trust to the doctor and satisfaction with health care delivery and explanation and completeness of health, disease, and treatment information. The findings exclude the effect of potential confounding factors such as education level, age, institutional time.

Keywords: *psychological characteristics of women prisoners, formation of compliance, physician-patient relationship, satisfaction with medical care*

Elena Alekseevna Samarina – Postgraduate student, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics. E-mail: samarina.elena.2012@yandex.ru

Sergey Borisovich Ponomarev – Head of the Branch of the Research Institute of the Federal Penitentiary Service, Honored Doctor of the Russian Federation, Doctor of Medicine, Professor. E-mail: docmedsb@mail.ru

Sergey Aleksandrovich Sterlikov – Doctor of Medicine, Deputy Director of Federal Monitoring Centre for Counteracting the Spread of Tuberculosis in the Russian Federation. E-mail: sterlikov@list.ru

Терапевтическое сотрудничество (комплаенс) – сложный процесс, охватывающий лечение от начала до его завершения, включающий в себя согласие пациента, выполнение назначений врача и прекращение лечения [8]. Дефицит комплаенса приводит к ряду нежелательных последствий для пациента (недостаточная результативность лечения, развитие осложнений, развитие резистентности к препаратам). Также существенную роль играют негативные социальные и экономические последствия (утрата трудоспособности и снижение доходов, дополнительные расходы для системы здравоохранения) [1]. Дефекты комплаенса могут быть обусловлены самыми различными факторами – нежелательными эффектами в результате применения препарата и низкой их переносимостью, клиническими, социальными, демографическими и психологическими факторами [7].

Феномен комплаентности анализируется в двух аспектах: общемедицинском и психологическом [4]. Доверительные, уважительные взаимоотношения между врачом и пациентом [3], уровень понимания пациентом своего состояния и необходимости проводимых диагностических и лечебных манипуляций способствуют соблюдению режима лечения и повышают шансы на его успех [2]. Также комплаенс отражает удовлетворенность пациента условиями оказания медицинской помощи.

В формировании комплаенса определённую роль играет микросоциальная среда, в которой находится больной и состояние которой оказывает существенное влияние на эффективность взаимодействия врача и пациента, живущего в этой среде [5]. Особенность микросоциальной среды исправительного учреждения (ИУ) обусловлена отрывом от прежней, привычной среды (семьи, общества), психологическими особенностями окружения, включая высокую заболеваемость осуждённых женщин психическими расстройствами и расстройствами поведения [6]. В связи с этим изучение психологических факторов, участвующих в формировании комплаенса в условиях микросоциальной среды исправительного учреждения, представляется новой и актуальной задачей.

Цель исследования: установление связи между субъективно определяемыми осуждёнными женщинами особенностями

ми взаимоотношения врача и пациента и факторами, влияющими на комплаенс – субъективно воспринимаемым осуждёнными женщинами уважением со стороны лечащего врача, доверием лечащему врачу, удовлетворенностью женщин условиями оказания медицинской помощи.

Материалы и методы

Было проведено анонимное анкетирование 100 женщин, находящихся в исправительных учреждениях Калининградской области. У каждой из них было получено согласие на участие в исследовании. Случаев отказа от анкетирования не было. Результаты анкетирования характеризовали генеральную совокупность женщин, находящихся в учреждениях УИС России, с точностью 95% и погрешностью 10%. В ходе анкетирования задавались вопросы об уровне образования, возрасте, сроке лишения свободы, поскольку предполагалось, что данные параметры могут оказывать влияние на способность восприятия медицинской информации, отношение к медицинским работникам и иные параметры, изучаемые в ходе анкетирования.

Субъективно воспринимаемое уважение со стороны врача изучалось в форме вопроса: «Оцените уважительное отношение к Вам со стороны врача» (максимум – 5 баллов). Оценки 1, 2 и 3 расценивались как недостаточное уважение, а 4 и 5 – как достаточное.

Доверие к врачу также предлагалось оценить по шкале ответов: «Да», «Скорее да», «Скорее нет», «Нет». Ответы «Да» и «Скорее да» характеризовали отношение как доверительное, а «Скорее нет» и «Нет» – как отсутствие достаточного доверия.

Удовлетворённость условиями оказания медицинской помощи изучалась в форме вопроса: «Считаете ли Вы условия оказания медицинской помощи надлежащими?». Ответы «Да» и «Скорее да» трактовались как достаточная удовлетворённость условиями оказания медицинской помощи, а ответы «Нет» и «Скорее нет» – как недостаточная.

Доступность объяснений медицинских работников изучалась в форме вопроса: «Оцените, насколько понятны объяснения медицинских работников при врачебном осмотре, выполнении манипуляций и т.д. (максимум – 5 баллов)». Оценки 1, 2 и 3 оценивались как неудовлетворительная доступность, а оценки

4 и 5 – как достаточная доступность объяснений медицинских работников.

Оценка времени общения с врачом изучалась в форме вопроса: «Достаточно ли Вам времени для общения с врачом?». Ответы «Да» и «Скорее да» оценивались как достаточное время общения, а «Скорее нет» и «Нет» – как дефицит времени общения с врачом.

Оценка полноты информации о состоянии здоровья, заболевании и осуществляемом лечении изучалась в форме вопроса: «Считаете ли Вы информацию о состоянии здоровья, заболевании и осуществляемом в медико-санитарной части ФСИН России лечении, которая Вам представляется лечащим врачом, достаточной?». Ответы «Да» и «Скорее да» считали как достаточно полное информирование, а «Скорее нет» и «Нет» – как недостаточно полное.

Оценку частоты разъяснения результатов обследования и тактики лечения изучали в форме вопроса: «Как часто Вам разъясняются лечащим врачом результаты обследований (ЭКГ, ЭЭГ, общий анализ крови и т.д.) и объясняется тактика лечения в связи с полученными результатами?». Ответы «Практически всегда» и «В большинстве случаев» оценивали как достаточную частоту, а ответы «Не всегда»,

«Иногда» и «Практически никогда» – как недостаточную частоту.

В ходе статистической обработки данных рассчитывали экстенсивные показатели и их доверительные интервалы, отношения шансов и статистическую значимость различий (с использованием двустороннего точного критерия Фишера). При изучении влияния возраста и срока лишения свободы рассчитывали ранговый коэффициент корреляции между указанными параметрами и ответами на вопросы, ранжированными по четырёх- и пятибалльной шкале. При изучении влияния уровня образования проводили стратификацию в зависимости от уровня образования (незавершенное среднее – 14 женщин, среднее – 33 женщины, среднее специальное – 39 женщин, высшее – 8 женщин, не указали уровень образования – 6 женщин), проводили квартильный анализ балльного отражения ответов и определение статистической значимости различий с использованием теста Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Отношение шансов между параметрами, влияющими на психологический компонент комплаенса пациентов, и отдельными параметрами взаимодействия врача и пациента представлены в таблице 1.

Таблица 1

Отношение шансов между параметрами, влияющими на комплаенс пациентов (уважение со стороны врача, доверие, удовлетворённость условиями оказания медицинской помощи) и отдельными параметрами взаимодействия врача и пациента

| Оцениваемый параметр взаимодействия врача и пациента | Уважение со стороны врача | Доверие к врачу | Удовлетворенность условиями оказания медицинской помощи |
|---|---------------------------|-----------------|---|
| Доступность объяснений при медицинском осмотре и выполнении манипуляций | 11,5 p<0,05 | 16,0 p<0,05 | 3,0 p<0,05 |
| Оценка времени общения врача с пациентом как достаточного | 1,3 p>0,1 | 8,7 p<0,05 | 2,5 p>0,1 |
| Полнота информации о состоянии здоровья, заболевании и осуществляемом лечении | 4,0 p<0,05 | 22,2 p<0,05 | 27,4 p<0,05 |
| Достаточная частота разъяснения результатов обследования и тактики лечения | 2,0 p>0,1 | 7,1 p<0,05 | 4,6 p<0,05 |

Из данных таблицы следует, что доступность объяснений при медицинском осмотре и выполнении манипуляций у женщин, находящихся в исправительных учреждениях, фактически воспринималась как признак уважения со стороны лечащего врача. В меньшей мере субъективно воспринимаемым уважением со стороны лечащего врача ассоциировалась полнота информации о состоянии здоровья, заболевании и осуществляемом лечении. Не удалось выявить связи субъективно воспринимаемого уважения со стороны врача с временем общения и

частотой разъяснения результатов обследования и тактики лечения.

На доверие к лечащему врачу влияли практически все параметры, однако в наибольшей мере доверие к лечащему врачу повышали полнота информации о состоянии здоровья, заболевании и осуществляемом лечении и доступность объяснений при медицинском осмотре и выполнении манипуляций.

На удовлетворённость условиями оказания медицинской помощи в наибольшей мере оказывало влияние информирование о состоянии здоровья, заболева-

нии и осуществляемом лечении. В меньшей мере оказывали влияние доступность объяснений при медицинском осмотре и выполнении манипуляций, частота разъяснения результатов обследования и тактики лечения. Не оказало статистически значимого влияния на удовлетворённость условиями оказания медицинской помощи время общения врача с пациентом.

Тем не менее, указанный вывод должен быть проверен на влияние вмешивающихся факторов – уровня образования, возраста и срока лишения свободы, который соотносится с тяжестью правонарушения.

Влияние уровня образования на параметры комплаенса пациентов представлено в таблице 2. При этом уважение со стороны врача было ранжировано по оценке в баллах (от 1 до 5), а ответы о доверии к врачу и удовлетворённости условиями оказания медицинской помощи были трансформированы в баллы от 1 (низкая оценка) до 4 (высокая оценка).

но могло быть обусловлено более негативным настроением обследуемых, однако это не проявилось в виде их отказа от анкетирования, а также в их ответах на вопросы о доверии врачу и удовлетворительной оценке условий оказания медицинской помощи. В любом случае, число женщин, не ответивших на вопрос об уровне образования, было недостаточно, чтобы оказать существенное влияние на выявленные ранее закономерности.

С целью оценки влияния возраста была построена ранговая корреляционная зависимость между возрастом женщин, находящихся в ИУ, и балльной оценкой субъективно оцениваемого уважения со стороны лечащего врача ($s=0,06$; $p>0,05$), доверия к врачу ($s=0,05$; $p>0,05$), удовлетворённости условиями оказания медицинской помощи ($s=0,06$; $p>0,05$). Поскольку значимой корреляции выявлено не было, влияние возраста женщин, находящихся в ИУ, на параметры комплаенса можно исключить.

Аналогичным образом была построена ранговая корреляционная зависимость

Таблица 2

Результаты квартильного анализа субъективно воспринимаемого уважения со стороны лечащего врача, доверия к лечащему врачу и удовлетворённости условиями оказания медицинской помощи у женщин с различным уровнем образования, находящихся в ИУ

| Параметр | Уровень образования | 25% квартиль | Медиана | 75% квартиль |
|---|-----------------------|--------------|---------|--------------|
| Уважение со стороны врача | Незаконченное среднее | 4 | 4 | 4 |
| | Среднее | 3 | 4 | 5 |
| | Среднее специальное | 3 | 4 | 4,5 |
| | Высшее | 3 | 4 | 5 |
| | Не указали сведений | 3 | 3,5 | 4 |
| Доверие к врачу | Незаконченное среднее | 3 | 3 | 4 |
| | Среднее | 2,5 | 4 | 4 |
| | Среднее специальное | 3 | 3 | 4 |
| | Высшее | 3 | 3 | 3 |
| | Не указали сведений | 3 | 3 | 3,75 |
| Удовлетворённость условиями оказания медицинской помощи | Незаконченное среднее | 3 | 3 | 4 |
| | Среднее | 3 | 3 | 4 |
| | Среднее специальное | 2 | 3 | 3 |
| | Высшее | 2 | 3 | 3 |
| | Не указали сведений | 2 | 3 | 3 |

Различия оценок параметров, приведенных в таблице 2, женщинами с разным уровнем образования, в большинстве случаев были ниже уровня статистической значимости ($p>0,05$). Единственным исключением были различия субъективно воспринимаемого уважения со стороны лечащего врача женщинами, не указавшими сведений, по сравнению с женщинами, имеющими среднее специальное и высшее образование ($p=0,03$). Это потенциаль-

между сроком лишения свободы женщин, находящихся в ИУ, и балльной оценкой субъективно оцениваемого уважения со стороны лечащего врача ($s=-0,08$; $p>0,05$), доверия к врачу ($s=0,11$; $p>0,05$), удовлетворённости условиями оказания медицинской помощи ($s=0,1$; $p>0,05$). Поскольку значимой корреляции выявлено не было, влияние срока лишения свободы женщин, находящихся в ИУ, на параметры, влияющие на комплаенс, можно исключить.

Заключение

Для повышения терапевтического сотрудничества большинства женщин, находящихся в ИУ, в первую очередь следует работать над полнотой их информирования о состоянии здоровья, заболевании и осуществляемом лечении, а также над разработкой способов донесения информации при медицинском осмотре и выполнении манипуляций. При этом время общения врача с пациентом и частота разъяснения результатов обследования и тактики лечения имеют вспомогательное значение.

Список литературы

1. Вольская Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях [Электронный документ]. – Режим доступа: <http://www.remedium.ru/state/detail.php?ID=61029>
2. Горланов И.А., Микиртчан Г.Л., Заславский Д.В, Каурова Т.В, Мурашкин Н.Н. Клинико-социологические проблемы комплаентности в детской дерматологии // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 1. – С. 36-40.
3. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации /Д.С. Данилов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 4-12.
4. Изотова А.В. Доверие в системе здравоохранения /А.В. Изотова Л.А, Лебединцева // Вестник Томского государственного университета.- 2011. – № 8. – С. 132-138.
5. Кадыров Р.В. Опросник «Уровень комплаентности». Монография / Р.В, Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.
6. Минстер М.В. Психофизиологические особенности женщин, осужденных к лишению свободы // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 319. – С. 117-119.
7. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психотерапия и психофармакология. – 2004. – Т. 6. – № 4. – С. 159-162.
8. Urquhart J., Vrijens B. New findings about patient adherence to prescribed drug dosing regimens: an introduction to pharmionics // Eur. J. Hospital. Pharm. Sci. 2005. – № 11(5). – С. 103-106.