

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

УДК 159.9.015+616.05

DOI: 10.17223/17267080/66/4

**С.А. Помешкина¹, А.В. Солодухин^{1, 2}, В.А. Беззубова¹,
М.С. Яницкий², А.В. Серый², О.Л. Барбараш¹**

¹ Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово, Россия)

² Кемеровский государственный университет (Кемерово, Россия)

Связь коммуникативной модели лечащего врача с приверженностью к терапии пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию

Целью настоящей работы явилась оценка связи коммуникативных моделей лечащего врача с приверженностью к назначенному лечению пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию. В исследование вошли 366 пациентов-мужчин в возрасте от 41 до 77 лет (средний возраст $59,9 \pm 6,9$) со стабильной формой ИБС. Коммуникативная компетентность врача рассматривалась в виде трех моделей: технической, патерналистской и коллегиальной. Установлено, что чем выше пациент оценивал коммуникативные характеристики лечащего врача по параметрам «доброжелательность», «поощрение инициативы», «открытость», «активность» и «гибкость», что соответствует патерналистской модели, тем выше была его приверженность к соблюдению рекомендаций и приему лекарственных препаратов. Пациенты, которые оценили характер общения с врачом по параметрам технической коммуникативной модели были наименее привержены к соблюдению лечебных рекомендаций. Группа коллегиальной коммуникативной модели занимала промежуточное значение по параметрам приверженности к лечению.

Ключевые слова: коммуникативная модель; общение врача и пациента; приверженность к лечению; ишемическая болезнь сердца; коронарное шунтирование; комплаентность; послеоперационная реабилитация; кардиоваскулярные факторы.

Коммуникация между врачом и пациентом является предметом передовых исследований медицинской психологии и этики. Успешность коммуникации способствует углублению взаимоотношений и повышает доверие пациента к оказываемой помощи [1]. Многие исследователи указывают на важность умения выстраивать межличностные отношения с пациентом в ходе лечебного процесса [2, 3]. От общительности врача, способности устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во

многое зависит его профессиональная успешность. Хороший психологический контакт с пациентом позволяет точнее собрать анамнез и получить более глубокое представление о личности больного [4, 5]. Таким образом, коммуникативная компетентность врача обеспечивает взаимопонимание, доверие пациента к медицинским специалистам, высокую эффективность при решении возникающих трудностей. Коммуникативная компетентность врача включает в себя определенные психологические знания о психологии пациента (тип личности и темперамента, способы реагирования пациента на стрессовую ситуацию т.д.) и сформированность специальных навыков (умение устанавливать эмпатический контакт, внимательно слушать, «считывать» невербальный язык, выстраивать и вести беседу). В современной медицинской психологии существуют различные принципы, лежащие в основе выделения той или иной модели взаимоотношений между врачом и пациентом.

Коммуникативную компетентность врача можно рассматривать в виде трех моделей: технической, патерналистской и коллегиальной [6]. В технической модели врач рассматривает пациента в качестве «предмета для апробации» современных достижений медицинской науки и практики. Данный подход обусловлен стремлением врача использовать новейшие медицинские технологии в диагностике и лечении пациента. Чаще всего характер взаимоотношений между врачом и пациентом осуществляется в рамках научно-исследовательской деятельности. Этические принципы, исторически приписываемые врачу, такие как доброжелательность, открытость, заинтересованность в скорейшем выздоровлении пациента, здесь имеют второстепенный характер.

Патерналистская модель подразумевает определенную беспомощность пациента в отношении самостоятельного принятия решений без поддержки и советов медицинских специалистов. Данная модель подразумевает полное доверие пациента врачу и готовность следовать всем его рекомендациям, даже затрагивающим личные сферы жизни. С позиции пациента данная модель предполагает, что он веряет свое здоровье и благополучие в руки лечащего врача. Высокий уровень доверия при этом достигается вследствие хорошо развитых коммуникативных умений врача и в результате этого установления с пациентом крепких, доверительных отношений. Данная модель представляется как идеальная с точки зрения большинства врачей, так как именно здесь достигается наибольший уровень комплаенса. Кроме того, патерналистская модель отвечает многовековым представлениям о враче как о мудром целителе, способном избавлять от различных физических страданий и недугов, поддерживать мотивацию и веру пациента в выздоровление.

Коллегиальная модель представляет систему взаимоотношений врача и пациента, тесно сотрудничающих в достижении совместной цели, обусловленной болезненным состоянием. Такой целью может стать скорейшее выздоровление пациента, ослабление его страданий. Данная модель наиболее близка к образу идеальных человеческих взаимоотношений,

но при этом врач в лечебном процессе нацелен на полную независимость своего пациента от его указаний. Обращенность пациента к собственному мнению о состоянии своего здоровья, равно как и «равенство» врача и пациента в принимаемых решениях по лечебному процессу, призваны уравнивать их шансы и права. Однако в данной модели практически полностью утрачивает свое значение правило информированного согласия пациента, так как последний выступает как сторона, самостоятельно выбирающая проводимые диагностические и лечебные процедуры. При этом результат лечения в большей мере зависит от самого пациента, чем от его лечащего врача.

Таким образом, от выбранной коммуникативной модели врача зависят не только его дальнейшие взаимоотношения с пациентом, но и отношение пациента к лечебному процессу.

Целью настоящего исследования явилась оценка связи коммуникативных моделей лечащего врача с приверженностью к назначенному лечению пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию.

Материалы и методы

Обследованы 366 мужчин в возрасте от 41 до 77 лет со стабильной ИБС, планирующих на коронарное шунтирование (КШ) в условиях искусственного кровообращения в Научно-исследовательском институте комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (НИИ КПССЗ).

Критерии включения: мужской пол, планируемое КШ и добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерием исключения явился отказ больного от участия в исследовании.

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

Таблица 1

Клинико-anamnestическая характеристика пациентов, направленных на коронарное шунтирование

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

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинской декларации Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека». Работа выполнена при поддержке комплексной программы фундаменталь-

ных научных исследований СО РАН. Протокол исследования был одобрен локальным Этическим комитетом НИИ КПССЗ.

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

Пациентов, включенных в исследование, обследовали за 5–7 дней перед проведением КШ и через 6 месяцев после него. Оценивались клиническое состояние пациента, наличие васкулярных факторов риска, принимаемая терапия до КШ и в течение 6 месяцев после него. Для анализа результатов лабораторных и инструментальных обследований использовались данные историй болезни и амбулаторных карт пациентов.

В качестве основного метода исследования коммуникативной модели лечащего врача выступил психодиагностический опросник А.А. Леонтьева (1977), адаптированный для соматических пациентов. Оценка осуществлялась клиническим психологом перед выпиской пациента из кардиохирургического отделения после оперативного вмешательства [5]. Анкетированный пациент при помощи опросника оценивал лечащего врача стационарного этапа реабилитации по семи характеристикам: доброжелательность, заинтересованность врача в общении, поощрение инициативы пациента, открытость перед пациентом, активность врача при общении, гибкость, дифференцированность при выборе индивидуального подхода к пациенту. Каждая характеристика лечащего врача оценивалась пациентом максимально в 7 баллов. Представленные характеристики рассматривались в рамках технической, патерналистской и коллегиальной моделей общения. Техническая модель характеризовалась низкими баллами открытости, гибкости и заинтересованности врача при общении с пациентом. Для патерналистской модели характерны доброжелательность, заинтересованность, поощрение инициативы, открытость, активность, гибкость и дифференцированность. Коллегиальная модель включала высокие показатели открытости, гибкости и поощрения инициативы, но слабо выраженные заинтересованность и активность лечащего врача.

Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 10.0. Гипотеза о нормальном распределении проверялась с использованием критерия Шапиро–Уилка. Для каждой из непрерывных величин, имеющих нормальное распределение, приведены среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD). Для величин с ненормальным распределением результаты представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q_{25} ; Q_{75}). Для выделения групп по уровню коммуникативного взаимодействия лечащего врача с пациентом был применен метод кластерного анализа. При сравнении трех независимых групп применяли ранговый анализ вариаций по Краскелу–Уоллису, при $p < 0,05$ проводили парное сравнение с использованием не-

параметрического теста Манна–Уитни. Для сравнения двух зависимых групп использовали непараметрический критерий Вилкоксона. Дополнительно для установления взаимоотношений между клиническими признаками по их абсолютным значениям проводили анализ, используя критерий соответствия (метод χ^2 -квадрат) или коэффициент Пирсона. При установлении достоверности тесноты связей пользовались таблицей χ^2 , считая результаты достоверными, если $p < 0,05$. Для исследования зависимостей между переменными использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты

После окончания стационарного этапа реабилитации при помощи метода кластерного анализа все пациенты ($n = 366$) были разделены на три группы в зависимости от используемой лечащим врачом коммуникативной модели. В первую группу вошли пациенты, которые оценили коммуникативную модель врача как техническую, во вторую – пациенты, охарактеризовавшие коммуникацию врача в рамках коллегиальной модели. Третья группа состояла из пациентов, которые оценили общение с лечащим врачом по параметрам патерналистской модели. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2
Результаты оценки параметров коммуникативных моделей,
Me (Q25; Q75), баллы

Параметры коммуникативного взаимодействия	Техническая модель (1-я группа) $n = 90$	Коллегиальная модель (2-я группа) $n = 114$	Патерналистская модель (3-я группа) $n = 162$	p
Доброжелательность	5 (4; 7)	6 (6; 7)	6 (6; 7)	0,0001
Заинтересованность	5 (4; 6)	5 (1; 7)	6 (6; 7)	0,01
Поощрение инициативы	4 (4; 6)	6 (5; 7)	6 (5; 7)	0,0001
Открытость	5 (4; 6)	6 (5; 7)	6 (5; 7)	0,0001
Активность	5 (4; 6)	6 (5; 7)	6 (5; 7)	0,0001
Гибкость	5 (5; 7)	6 (5; 7)	6 (6; 7)	0,0001
Дифференцированность	5 (4; 6)	5 (1; 7)	6 (6; 7)	0,0001

После определения коммуникативных моделей у пациентов сформированных групп были проанализированы наличие и выраженность таких модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска в предоперационном периоде, как курение, наличие избыточной массы тела, дислипидемия, повышенное АД, соблюдение до КШ 3–4-х- компонентной схемы лечения. Выяснено, что исходно сравниваемые группы были сопоставимы по этим показателям (табл. 3).

В результате анализа шестимесячной динамики выраженности модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска обнаружено, что только в группе патерналистской модели взаимоотношений врача и пациента достоверно уменьшилось количество курящих пациентов (с 49 (30%) до

36 (22%), $p = 0,04$), тогда как в группах технической и коллегиальной моделей общения отмечалась только тенденция к снижению (с 36 (31%) до 29 (25%) и с 23 (26%) до 19 (21%) соответственно).

Таблица 3

Сравнительная характеристика наличия и выраженности сердечно-сосудистых факторов риска пациентов с ИБС до КШ

Факторы риска	Техническая модель (1-я группа) $n = 90$	Коллегиальная модель (2-я группа) $n = 114$	Патерналистская модель (3-я группа) $n = 162$	p
Курящие пациенты, n (%)	23 (26)	36 (31)	49 (30)	0,4
ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$	$28,3 \pm 2,1$	$28,2 \pm 3,4$	$27,9 \pm 3,8$	0,6
Общий холестерин, ммоль/л	$4,9 \pm 1,6$	$4,9 \pm 1,3$	$5,0 \pm 1,4$	0,4
ЛПНП, ммоль/л	$2,8 \pm 1,1$	$3,0 \pm 1,1$	$3,1 \pm 1,2$	0,5

Средний показатель индекса массы тела через 6 месяцев после КШ имел тенденцию к уменьшению в группах с патерналистской и коллегиальной моделями коммуникации врача и пациента. В группе с технической коммуникативной моделью этот показатель даже имел тенденцию к увеличению (табл. 4). При этом через полгода после КШ показатель ИМТ в группе с патерналистской и коллегиальной моделями был достоверно ниже в сравнении с группой с технической моделью коммуникации лечащего врача стационарного этапа послеоперационной реабилитации.

Таблица 4

Полугодовая динамика выраженности сердечно-сосудистых факторов риска пациентов с ИБС, подвергшихся КШ

Факторы риска	Техническая модель (1-я группа) $n = 90$		Коллегиальная модель (2-я группа) $n = 114$		Патерналистская модель (3-я группа) $n = 162$		p
	до КШ (1)	после КШ (2)	до КШ (3)	после КШ (4)	до КШ (5)	после КШ (6)	
ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$	$28,3 \pm 2,1$	$28,8 \pm 3,8$	$28,2 \pm 3,4$	$27,5 \pm 2,6$	$27,9 \pm 3,8$	$27,5 \pm 1,6$	0,001 (2; 4) 0,009 (2; 6)
Общий холестерин, ммоль/л	$4,9 \pm 1,6$	$4,3 \pm 1,1$	$4,9 \pm 1,3$	$3,9 \pm 0,9$	$5,0 \pm 1,4$	$4,6 \pm 0,6$	0,01 (2; 4) 0,001 (4; 6)
ЛПНП, ммоль/л	$2,8 \pm 1,1$	$2,4 \pm 0,6$	$3,0 \pm 1,1$	$2,2 \pm 0,6$	$3,1 \pm 1,2$	$2,5 \pm 0,7$	0,01 (4; 6)
Количество пациентов, принимающих 3–4-х-компонентную схему лечения, n (%)	21 (23)	54 (60)	30 (26)	83 (73)	42 (26)	136 (84)	0,001 (1; 2) 0,001 (3; 4) 0,001 (5; 6) 0,02 (2; 6) 0,001 (4; 6)
Количество пациентов, достигших целевого уровня АД, n (%)	66 (73)	72 (80)	79 (69)	84 (74)	113 (70)	121 (75)	

При анализе динамики показателей липидного статуса оказалось, что уровень ОХ и ЛПНП достоверно снизился во всех трех группах. Однако через полгода после КШ концентрация ОХ была достоверно ниже в группе пациентов коллегиальной модели в сравнении с группой патерналистской модели коммуникации с лечащим врачом. При сравнении группы коллегиальной модели с группой технической модели достоверных различий не было. При анализе динамики уровней ЛПНП после КШ достоверных различий в сравниваемых группах не отмечалось (см. табл. 4). Однако через полгода после КШ концентрация ЛПНП была также достоверно ниже в группе коллегиальной коммуникативной модели в сравнении с группой патерналистской модели общения. Анализируя динамику количества пациентов, принимавших 3–4-компонентную лекарственную терапию, оказалось, что через полгода после КШ во всех трех группах достоверно увеличилось количество пациентов, принимающих рекомендованные группы препаратов. При этом через полгода после КШ достоверно большее количество пациентов принимали 3–4-компонентную терапию из группы патерналистской модели в сравнении с пациентами коллегиальной и технической коммуникативных моделей.

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

На следующем этапе были проанализированы связи между выраженностью модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска пациентов, подвергшихся КШ, оцененных через полгода, и параметрами коммуникативных моделей (табл. 5).

Таблица 5

**Связь параметров коммуникативных моделей
с приверженностью пациентов к терапии через 6 месяцев после КШ**

Параметры коммуникативных моделей	Показатели									
	Увеличение ИМТ	<i>p</i>	Кол-во базовых препаратов	<i>p</i>	Уровень ОХ	<i>p</i>	Уровень ЛПНП	<i>p</i>	Уровень АД	<i>p</i>
Доброжелательность	-0,42	0,0001	0,05	0,36	-0,02	0,69	0,08	0,13	-0,39	0,0001
Заинтересованность	-0,02	0,75	0,11	0,04	-0,11	0,04	-0,01	0,81	-0,31	0,02
Поощрение инициативы	-0,28	0,0001	0,36	0,004	-0,15	0,02	0,003	0,94	-0,27	0,004
Открытость	-0,14	0,01	0,01	0,78	-0,07	0,17	-0,01	0,84	-0,33	0,01
Активность	-0,29	0,001	-0,04	0,41	0,13	0,02	0,23	0,01	-0,06	0,29
Гибкость	-0,33	0,0001	-0,05	0,31	-0,29	0,0001	-0,31	0,0001	-0,29	0,003
Дифференцированность	-0,10	0,511	0,15	0,007	-0,02	0,63	0,01	0,87	0,06	0,23

Были выявлены отрицательные корреляции между выраженностью показателя ИМТ пациента и такими характеристиками лечащего врача стационарного этапа послеоперационной реабилитации, как «доброжелательность», «активность», «поощрение инициативы» и «гибкость». Отрицательные корреляции присутствовали между выраженностью коммуникативного параметра «гибкость» врача и уровнем ОХ и ЛППП пациента. Уровень АД пациентов имел отрицательные ассоциации с «доброжелательностью» и «гибкостью» лечащего врача.

Кроме того, отмечались положительные корреляции между коммуникативным параметром «поощрение инициативы» врача и количеством принимаемых пациентом препаратов.

Обсуждение результатов

Низкая приверженность к лечению остается серьезной проблемой клинической практики, что связано со значительным уровнем госпитализаций больных, не приверженных лечению. Цель у врача и пациента общая – излечение от недуга, однако ее достижение невозможно без доверительных отношений и установления контакта между ними в течение ограниченного времени. До сих пор общение между врачом и больным в отечественной медицине остается неравноправным, всегда существует определенный дисбаланс в их взаимоотношениях. Слово врача для больного – не только слово специалиста; за врачом стоит многовековая практика медицины, на фоне которой больной является лишь очередным случаем. И как бы пациент ни старался показать, что он человек, реальный, по-своему уникальный, с определенным взглядом на свое заболевание, изменить данное положение крайне трудно. На взаимоотношения врача и пациента оказывает влияние ряд факторов, среди которых можно отметить специфику врачебной профессии, отсутствие четких правил выстраивания взаимоотношений между врачом и пациентом, умение врача выбрать подходящую модель поведения, недостаточную психологическую подготовку медицинских специалистов в оценке психологического состояния больного, пассивную позицию пациента к назначенному лечению. Немаловажное значение также имеет влияние на больного других пациентов. До сих пор в России при общении с пациентом врачи стараются придерживаться авторитарных моделей общения, используя различные приемы для подчеркивания преимущества своей позиции. В таком случае пациенты зачастую должны приспосабливаться к лечащему врачу, в результате они исключаются из процесса полноценного общения. Если персонал не дает пациенту возможности высказаться, последний может защищаться, например, выступая с обвинениями в адрес медицинского персонала, что может отрицательно повлиять на его дальнейшую приверженность к назначенному лечению [7].

Исследования коммуникативного взаимодействия врача и пациента показали, что уважительное отношение медицинских специалистов к переживаниям и проблемам пациента, а также умение в доступной форме

донести до больного информацию значительно способствовали повышению приверженности к лечению [8]. Кроме того, формирование у врачей коммуникативных навыков позволяло повысить комплаентность, что, в свою очередь, положительно влияло на поддержание и улучшение здоровья пациентов [3].

В исследованиях влияния коммуникативной компетентности врача на психоэмоциональное состояние пациентов было показано, что снижение уровня тревоги больного связано в первую очередь с эмпатическим ответом врача на его эмоциональные реакции, а также с умением грамотно донести информацию о здоровом образе жизни [4]. Обзор 21 рандомизированного исследования по изучению коммуникативной компетентности врача показал влияние используемой модели общения на улучшение качества жизни и удовлетворенность пациента в отношении принятого решения о выбранном лечении [10–12]. Пациенты, которые положительно оценили отношение к ним лечащего врача, показали более высокий уровень психоэмоционального благополучия, предъявляли меньше жалоб, лучше воспринимали заболевание и были более самостоятельными в контроле состояния своего здоровья.

По данным настоящего исследования оказалось, что только в группе пациентов с патерналистской моделью коммуникации с лечащим врачом стационарного этапа послеоперационной реабилитации достоверно уменьшилось количество курящих пациентов.

Через полгода после КШ показатель ИМТ в группе с коллегиальной и патерналистской моделями общения с врачом был достоверно ниже в сравнении с группой с технической моделью.

Уровни ЛПНП и ОХ после КШ были достоверно более низкими в группе с коллегиальной моделью в сравнении с группой патерналистской коммуникативной модели взаимоотношения врача и пациента. Однако, как показали наши предыдущие работы, показатели липидного статуса не являются объективным критерием приверженности в силу недостаточной информированности пациентов о целевых уровнях липидного статуса, в отличие от уровней АД, необходимости контролировать свой вес, принимать медикаментозную терапию. Соответственно, эти уровни ОХ, ЛПНП не были целью лечения пациентов [13, 14].

Кроме того, в группе с патерналистской моделью большее количество пациентов принимали 3–4-х-компонентное лечение в сравнении с группами технической и коллегиальной коммуникативных моделей взаимоотношений.

При анализе связей между приверженностью к лечению и параметрами коммуникативных моделей были выявлены отрицательные ассоциации между величиной ИМТ и такими параметрами, как «доброжелательность», «поощрение инициативы», «активность» и «гибкость», между уровнем ОХ, ЛПНП и «гибкостью», между уровнем систолического АД и «доброжелательностью», «гибкостью» лечащего врача.

Таким образом, чем выше пациент оценивал коммуникативные параметры врача «доброжелательность», «поощрение инициативы», «открытость», «активность» и «гибкость», что подходит под определение патерналистской модели, тем выше его приверженность к соблюдению рекомендаций по контролю модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска и приему лекарственных препаратов в послеоперационном периоде КШ. И наоборот, пациенты, которые оценили параметры врача ближе к технической коммуникативной модели, т.е. слабо выраженные «открытость», «гибкость» и «заинтересованность» в общении, были наименее привержены к рекомендуемой терапии. Группа коллегиальной коммуникативной модели, т.е. при высоко выраженных «доброжелательности» и «гибкости», но при этом с низкой «заинтересованностью» и «активностью», занимала промежуточное значение по контролю модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска и приему лекарственных препаратов.

Заключение

От того, как выстроятся межличностные отношения врача и пациента, будет в значительной мере зависеть приверженность лечению. В процессе решения возникающих проблем между врачом и пациентом формируется определенная связь, которая представляет собой системно организованную коммуникативную модель. От характера этой модели значительно зависит эффективность процесса, а соответственно, и результат лечения.

Наиболее значимыми факторами, формирующими положительное отношение пациента к лечащему врачу и в дальнейшем оказывающими влияние на приверженность к лечению, являются «доброжелательность», «открытость», «поощрение инициативы пациента», «активность» и «гибкость», которые подходят под определение патерналистской коммуникативной модели.

Таким образом, выбор коммуникативной модели должен учитываться при осуществлении медицинской деятельности для повышения приверженности к лечению.

Литература

1. Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Ожидание от общения с лечащим врачом пациенток кардиологического профиля на стационарном и амбулаторном этапах // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011. № 11. С. 96.
2. Ледванова Т.Ю., Лим В.Г., Свистунов А.А., Витренко М.Ю., Коломейчук А.В. Коммуникативная компетентность врача как часть компетентностной модели подготовки специалиста // Менеджмент качества и инновации в образовании: региональный аспект : в 2 т. М. : Изд-во РГТЭУ, 2010. Т. 2. 376 с.
3. Ледванова Т.Ю., Коломейчук А.В. Формирование коммуникативной компетентности врача // БМИК. 2015. № 2. С. 115–121.
4. Солодухин А.В., Серый А.В., Яницкий М.С., Трубникова О.А. Возможности методов когнитивно-поведенческой психотерапии в изменении внутренней картины болезни

- у пациентов с ишемической болезнью сердца // *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2017. № 1. С. 84–90.
5. Karademas E.C., Tsalikou C., Tallarou M.C. The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health // *Journal of Health Psychology*. 2011. Vol. 16, is. 3. P. 510–519.
 6. Изуткин Д.А. Этика взаимодействия врача и пациента в различных моделях их отношений // *Медицинский альманах* 2012. № 5 (24). С. 214–216.
 7. Сурмач М.Ю., Тищенко Е.М. Коммуникационный процесс врач-пациент в современном здравоохранении // *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2007. № 1 (17). С. 198–201.
 8. Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца // *Современные исследования социальных проблем*. 2012. № 1. С. 1169–1190.
 9. Мартынов А.А., Спиридонова Е.В., Бутарева М.М. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2012. № 1. С. 21–27.
 10. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В. Роль эффективных коммуникаций врача и пациента как фактор успешного психологического преодоления болезни // *Ремедиум : журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике*. 2014. № 10. С. 6–8.
 11. Bardes C.L. Defining «Patient-Centered Medicine» // *N. Engl. J. Med*. 2012. Vol. 366. P. 782–783.
 12. Carter S. Taylor D., Levenson R. A question of choice – compliance in medicine taking, a preliminary review. London : University of London School of pharmacy, 2001.URL: www.medicinespartnership.org.
 13. Помешкина С.А., Боровик И.В., Крупянко Е.В., Завырылина И.Н., Барбараш О.Л. Приверженность к немедикаментозной терапии больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию // *Атеросклероз*. 2013. Т. 9, № 1. С. 29–35.
 14. Помешкина, С.А., Кондрикова Н.В., Барбараш О.Л. Оценка трудоспособности пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию // *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2014. № 1. С. 26–30. DOI:10.17802/2306-1278-2014-1-26-30.

Поступила в редакцию 15.08.2017 г.; принята 27.09.2017 г.

Сведения об авторах:

ПОМЕШКИНА Светлана Александровна, доктор медицинских наук, заведующая лабораторией реабилитации Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово, Россия). E-mail: swetlana.sap2@mail.ru

СОЛОДУХИН Антон Витальевич, лаборант-исследователь лаборатории нейрососудистой патологии Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово, Россия); аспирант социально-психологического института Кемеровского государственного университета (Кемерово, Россия). E-mail: mein11@mail.ru

БЕЗЗУБОВА Валентина Анатольевна, аспирант Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово, Россия). E-mail: perehodenkov@gmail.com

ЯНИЦКИЙ Михаил Сергеевич, доктор психологических наук, профессор, директор социально-психологического института, заведующий кафедрой социальной психологии

и психосоциальных технологий Кемеровского государственного университета (Кемерово, Россия). E-mail: dekanspf@kemsu.ru

СЕРЫЙ Андрей Викторович, доктор психологических наук, профессор кафедры социальной психологии и психосоциальных технологий Кемеровского государственного университета (Кемерово, Россия). E-mail: avgrey@yahoo.com

БАРБАРАШ Ольга Леонидовна, доктор медицинских наук, профессор, директор Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово, Россия). E-mail: olb61@mail.ru

INTERRELATION OF THE COMMUNICATIVE MODEL OF THE ATTENDING PHYSICIAN WITH ADHERENCE TO THERAPY OF PATIENTS UNDERGOING CORONARY BYPASS SURGERY

Siberian journal of psychology, 2017, 66, 52–65. DOI: 10.17223/17267080/66/4

Pomeshkina Svetlana A. Federal State Budgetary Scientific Institution Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases (Kemerovo, Russian Federation). E-mail: swetlana.sap2@mail.ru

Soloduhin Anton V. Federal State Budgetary Scientific Institution Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases; Kemerovo State University (Kemerovo, Russian Federation). E-mail: mein11@mail.ru

Bezzubova Valentina A. Federal State Budgetary Scientific Institution Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases (Kemerovo, Russian Federation). E-mail: perehodenkov@gmail.com

Yanitskiy Mihail S., Seryj Andrey V., Kemerovo State University (Kemerovo, Russian Federation). E-mail: dekanspf@kemsu.ru; avgrey@yahoo.com

Barbarash Olga L. Federal State Budgetary Scientific Institution Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases (Kemerovo, Russian Federation). E-mail: olb61@mail.ru

Keywords: communicative model; communication between doctor and patient; adherence to treatment; coronary heart disease; coronary artery bypass graft; compliance; postoperative rehabilitation; cardio-vascular factors.

The purpose of this work was to assess the relationship of the communicative models of attending physicians with the commitment to the prescribed treatment of patients undergoing coronary artery bypass grafting (CABG). The study included 366 patients, men, aged 41 to 77 years (mean age 59.9 ± 6.9) with a stable form of ischemic heart disease. We considered communicative competence of the doctor in the form of 3 models: technical, paternalistic and collegial. The technical communicative model was characterized by low rates of openness, flexibility and interest of the doctor in communicating with the patient. Expressive kindness, interest, initiative encouragement, openness, activity, flexibility and differentiation of the doctor in communicating with the patient were characteristic of the paternalistic communicative model. The collegial model included high rates of openness, flexibility and encouragement of the initiative, but with a weakly expressed interest and activity of the attending physician.

According to the present study, it turned out that only in a group of patients with a paternalistic model of communication with the attending physician of the stationary stage of postoperative rehabilitation the number of smokers was significantly reduced. Six months after CABG, the index of body mass index in a group with a collegiate and paternalistic model of communicating with a doctor was significantly lower in comparison with a group with a technical model. Levels of low-density lipoprotein and total cholesterol after CABG were significantly lower in the group with the collegial model in comparison with the group of paternalistic communication model of the relationship between the doctor and the patient. In addition,

in a group with a paternalistic model, a larger number of patients took 3-4-component treatment in comparison with the technical and collegial communicative model of relationships. In analyzing the relationship between adherence to treatment and the parameters of communicative models, negative associations between body mass index and such parameters as "benevolence", "initiative promotion", "activity" and "flexibility", between the levels of total cholesterol, low density lipoproteins were found.

Thus, the higher the patient assessed the communicative parameters of the physician "benevolence", "initiative promotion", "openness", "activity" and "flexibility", which fits the definition of the paternalistic model, the higher its commitment to follow the recommendations for monitoring cardiovascular, vascular risk factors and taking medications in the post-operative period of CABG. Conversely, patients who evaluated the doctor's parameters are closer to the technical communicative model, i.e. poorly expressed "openness", "flexibility" and "interest" in communication, and were the least committed to the recommended therapy. Group of the collegiate communicative model, i.e. with highly expressed "benevolence" and "flexibility", but with a low "interest" and "activity", took an intermediate role in controlling modifiable cardio-vascular risk factors and taking medications.

References

1. Strokova, E.V., Naumova, E.A. & Shvarts, Yu.G. (2011) Ozhidanie ot obshcheniya s lechashchim vrachom patsientok kardiologicheskogo profilya na statsionarnom i ambulatornom etapakh [Expectation from communication with the attending physician of cardiac patients at the inpatient and outpatient stages]. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 11. pp. 96.
2. Ledvanova, T.Yu., Lim, V.G., Svistunov, A.A., Vitrenko, M.Yu. & Kolomeychuk, A.V. (2010) Kommunikativnaya kompetentnost' vracha kak chast' kompetitnostnoy modeli podgotovki spetsialista [Communicative competence of the doctor as part of the competence model of specialist training]. In: Baburina, S.N. & Kleshchevskogo, Yu.N. (ed.) *Menedzhment kachestva i innovatsii v obrazovanii: regional'nyy aspekt: v 2 t.* [Quality management and innovation in education: a regional aspect: in 2 vols]. Vol. 2. Moscow Russian State University of Trade and Economics.
3. Ledvanova, T.Yu. & Kolomeychuk, A.V. (2015) Formirovanie kommunikativnoy kompetentnosti vracha [Formation of the doctor's communicative competence]. *BMIK*. 2. pp. 115–121.
4. Solodukhin, A.V., Seryy, A.V., Yanitskiy, M.S. & Trubnikova, O.A. (2017) Cognitive behavioural therapy: an option for changing internal picture of disease in patients with coronary artery disease. *Fundamental'naya i klinicheskaya meditsina – Fundamental and Clinical Medicine*. 1. pp. 84–90. (In Russian).
5. Karademas, E.C., Tsalikou, C. & Tallarou, M.C. (2011) The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health. *Journal of Health Psychology*. 16(3). pp. 510–519. DOI: 10.1177/1359105310392093
6. Izutkin, D.A. (2012) The doctor-patient cooperation ethics in different models of their relations. *Meditsinskiy al'manakh – Medical Almanac*. 5(24). pp. 214–216. (In Russian).
7. Surmach, M.Yu. & Tishchenko, E.M. (2007) Kommunikatsionnyy protsess vrach-patsient v sovremennoy zdravookhraneni [The doctor-patient communication process in modern public health]. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Journal of the Grodno State Medical University*. 1(17). pp. 198–201.
8. Strokova, E.V., Naumova, E.A. & Shvarts, Yu.G. (2012) Vliyaniye vnutrenney kartiny bolezni, koping-strategiy i samootnosheniya patsientok, perenessikh infarkt miokarda, na

- regulyarnost' i priverzhennost' k dlitel'noy terapii ishemicheskoy bolezni serdtsa [Influence of the internal picture of the disease, coping strategies and self-attitude of patients who underwent myocardial infarction on the regularity and adherence to prolonged therapy of coronary heart disease]. *Sovremennye issledovaniya sotsial'nykh problem – Modern Research of Social Problems*. 1. pp. 1169–1190.
9. Martynov, A.A., Cpiridonova, E.V. & Butareva, M.M. (2012) Povyshenie priverzhennosti patsientov statsionarov i ambulatorno-poliklinicheskikh podrazdeleniy k lechebno-reabilitatsionnym programmam i faktory, okazyvayushchie vliyanie na komplaentnost' [Increased adherence of patients in hospitals and outpatient departments to treatment and rehabilitation programs and factors that affect compliance]. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 1. pp. 21–27.
 10. Sirota, N.A., Yaltonskiy, V.M. & Moskovchenko, D.V. (2014) Rol' effektivnykh kommunikatsiy vracha i patsienta kak faktor uspehnogo psikhologicheskogo preodoleniya bolezni [The role of effective communications between the doctor and the patient as a factor of successful psychological overcoming of the disease]. *Remedium: zhurnal o rossiyskom rynke lekarstv i meditsinskoy tekhnike*. 10. pp. 6–8.
 11. Bardes, C.L. (2012) Defining “Patient-Centered Medicine”. *New England Journal of Medicine*. 366. pp. 782–783.
 12. Carter, S. Taylor, D. & Levenson, R. (2001) *A question of choice – compliance in medicine taking, a preliminary review*. London: University of London School of pharmacy. [Online] Available from: www.medicinespartnership.org.
 13. Pomeschkina, S.A., Borovik, I.V., Krupyanko, E.V., Zavrylina, I.N. & Barbarash, O.L. (2013) Compliance to non-drug therapy in patients with coronary artery disease underwent coronary artery bypass grafting. *Ateroskleroz*. 9(1). pp. 29–35.
 14. Pomeschkina, S.A., Kondrikova, N.V. & Barbarash, O.L. (2014) Labour ability assessment of patients undergone coronary artery bypass grafting. *Kompleksnye problemy serdechno-sosudistyykh zabolevaniy – Complex Issues of Cardiovascular Diseases*. 1. pp. 26–30. (In Russian). DOI: 10.17802/2306-1278-2014-1-26-30

Received 15.08.2017;

Accepted 27.09.2017