

Министерство здравоохранения России
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Кафедра общепсихологических дисциплин

Р. В. КАДЫРОВ, О. Б. АСРИЯН, С. А. КОВАЛЬЧУК

ОПРОСНИК «УРОВЕНЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ»

Монография

Владивосток
2014

ББК 88
УДК 159.9

Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности» [Текст] : монография / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. – Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.

ISBN 978-5-8343-0927-7

В монографии представлена новая методика определения уровня комплаентности, ориентированная на выявление приверженности личности лечению и основанная на характеристиках, обуславливающих комплаентное поведение. Данная методика диагностики предназначена как для пациентов, имеющих хронические заболевания, требующих периодического наблюдения со стороны врача и продолжительного лечения, так и для проверки степени комплаентности у здоровых людей. Рассматривается понятие комплаентности в современной психологии, понятие диагностических возможностей. Подробно анализируются факторы, влияющие на следование и выполнение личностью лечебных предписаний.

Адресуется профессиональным психологам и врачам, а также студентам психологических специальностей и специализаций.

Табл. 14, библиогр. 64.

Рецензенты:

Сокольская М.В., доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой «Общая, юридическая и инженерная психология», Дальневосточного государственного университета путей сообщений.

Харитонова Е.В., доктор психологических наук, доцент, декан факультета психологии и социальной работы, АНОО ВПО «Институт экономики и управления в медицинской и социальной сфере».

© ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный
медицинский университет» (ТГМУ),
кафедра общепсихологических дисциплин, 2014
© Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А., 2014

ВВЕДЕНИЕ

Какими бы ни были изыски современной медицины, ее технические возможности, человек всегда будет ждать и верить врачу, который сумеет выслушать, одобрить, проявить сострадание.

А. Экзюпери

Проблема согласия и выполнения больными лечебных назначений, предписанных врачом то, что обозначается термином «compliance», в настоящее время крайне актуальна. Наиболее часто под термином комплаентность понимается осознанное сотрудничество между врачом и пациентом, а также членами его семьи, выступающее обязательным условием любого серьезного лечения (особенно при сложных и смертельно опасных заболеваниях), обеспечивающим эффективность лечения.

Интерес к проблеме комплаенса весьма высок, так как огромную роль в лечении практически всех заболеваний имеет следование пациентов лечению. Несмотря на внедрение в практику эффективных средств лечения, смертность при многих хронических заболеваниях таких, как: сахарный диабет, бронхиальная астма, почечная недостаточность, инфекционных заболеваний (туберкулез, ВИЧ – инфекции) и терапии психических расстройств (прежде всего шизофрении и биполярного аффективного расстройства), остаётся высокой, из-за игнорирования врачебных рекомендаций по приёму лекарств и организации лечения.

Несмотря на очевидную теоретическую и практическую значимость изучения данной проблематики, на сегодняшний день в клинической психологии еще слабо изучен понятийный аппарат, описывающий феномен комплаентности, отсутствуют систематизированные представления о закономерностях его формирования и функционирования, остаются неразработанными основные психодиагностические критерии. Существующие исследования в этой области, как правило, теоретически недостаточно обоснованы, немногочисленны и фрагментарны, исследования комплаенса больных с хроническими соматическими заболеваниями вообще остаются единичными.

Изучение комплаентности затрудняет отсутствие достаточно адекватных и информативных психометрических инструментов для её оценки. Дальнейший прогресс в изучении проблемы комплаенса во многом зависит от важ-

нейшей задачи - разработки более совершенных методик. Ранее созданные методики оценки комплаентности личности, не достаточно валидны и надёжны, требуют значительных затрат времени на обследование, что приводит к быстрой утомляемости клиента. По этой причине стало необходимым разработать новую методику с обоснованной валидностью и надёжностью, направленную на более качественное определение уровня комплаентности, что позволит прогнозировать дальнейшее поведение пациента при медикаментозной терапии.

Настоящее исследование носит методический характер. Оно посвящено психометрической разработке методики комплаентности, направленной на определение отношения личности к лечению. Глава 1 знакомит со сложившимися в современной психологии концептуальными подходами к пониманию комплаентности, факторов, её определяющих (параграф 1.1), ее психологическими характеристиками (параграф 1.2), методическими подходами к изучению (параграф 1.3). Эта часть работы направлена на теоретическое описание, без чего любая психодиагностика была бы «фантомной» и на рассмотрение существующих методик, раскрытие их достоинств и недостатков и обоснование необходимости создания нового опросника. В главе 2 изложена психометрическая технология конструирования и апробации опросника «Уровень комплаентности». Эта часть работы представляет собой практическое руководство по применению метода в исследовательских и диагностических целях. В главе 3 отображены личностные особенности пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, и респондентов не имеющих патологии. А также представлена взаимосвязь психологических характеристик личностей с выявленным уровнем комплаентности.

Опросник «Уровень комплаентности» внедрен и используется в следующих учреждениях г. Владивостока и Приморского края: Городской центр психотерапии и медико-социальной помощи; Приморская детская краевая туберкулезная больница; ФКУ КП-49 ГУФСИН России по Приморскому краю и др.

ГЛАВА 1.

ПОНЯТИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ И ЕЕ ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ: ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОНСТРУКТА

1.1 Концептуальные подходы к понятию и возникновению комплаентности в современной медицине и психологии

В настоящее время существует большое количество заболеваний, требующих пристального внимания со стороны пациента и врача в связи с их резистентностью (невосприимчивостью) к лечению, что приводит к значительной социальной нагрузке вследствие высокой витальной угрозы либо инвалидизации. Это требует от пациента строгого соблюдения назначенного лечения. При данных заболеваниях больной является «субъектом» лечебного процесса, поскольку от его активности, адекватности и целенаправленности поведения во многом зависит эффективность терапии и ее результаты. Так, например, при сахарном диабете 2-го типа пациенты должны ежедневно контролировать уровень сахара в крови, достаточно строго выполнять предписанную диету, самостоятельно делать инъекции инсулина, выполнять ряд других субъективно мотивированных действий, которые определяются в контексте их приверженности к лечению. При хронической болезни почек возникает необходимость как строгого выполнения диеты, исполнения медикаментозной терапии, так и существенного изменения образа и качества жизни, связанного с необходимостью обязательного и регулярного прохождения диализной терапии с помощью аппарата «искусственная почка», которая требует от пациента, самостоятельного ухода за катетером, обеспечивающим сосудистый доступ.

Данные соматические заболевания характеризуются тяжестью и хроническим характером течения, опасны своими осложнениями и требуют постоянного лечения со значительным изменением образа жизни, социальной фрустрированностью, вызванной ограничением возможности продолжения профессиональной деятельности, инвалидизацией.

Проблема нарушения терапевтического режима существовала на всех этапах развития медицинской науки. Ещё во времена Гиппократов существовала проблема приверженности и была актуальна ложь пациента о приёме

лекарственных средств. Несмотря на изменения, произошедшие в практической медицине за это время, проблема приверженности рекомендациям врача остаётся актуальной в настоящее время, а в последнее десятилетие стала предметом самостоятельных исследований не только в медицине, но и в клинической психологии.

В современной науке, медицинской и психологической практике для обозначения комплаентности употребляют такие термины, как «compliance», «adherence» (приверженность), «comprehensive disease management» (управление болезнью), «concordance» (соответствие), «persistence» (настойчивость). В переводе с английского языка compliance означает «согласие, приспособление, приверженность, разделение взглядов, стремление соответствовать». Термин «комплаенс» закрепился в медицинской литературе, но имеет несколько значений. Самое распространённое определение комплаенса понимается как согласие на лечение, сотрудничество с врачом и выполнение всех требований терапии. Другое значение термина «комплаентность» означает точное и осознанное выполнение рекомендаций врача в ходе лечения, и широко применяется практическими врачами, как за рубежом, так и в России в основном при обсуждении проблемы лекарственной терапии [1, 22].

Весьма широко используется и термин «приверженность к терапии» (в англоязычной традиции adherence to therapy), который означает «соблюдение указаний врача». «Приверженность к терапии» определяется и как характеристика поведения пациента, связанного с лечением (например, прием препарата, соблюдение диеты, изменение образа жизни, посещение клиники) и ее соответствие рекомендациям врача [1, 28]. Несмотря на незначительные различия, термин «приверженность к терапии» близок по своему содержанию к термину «комплаентность» и в клинической практике часто его заменяет.

I.E. Lеррік дает довольно широкое определение комплаентности из трех составляющих: тип поведения, степень комплаентности и степень целеустремленности пациента. При этом тип поведения включает прием препарата, регулярность визитов в клинику и правильное выполнение других врачебных рекомендаций. Более узкое понятие отсутствия комплаентности можно сформулировать следующим образом: пациент принимает неправильную дозу препарата (слишком маленькую или слишком большую), не соблюдает

кратность и продолжительность приема препарата или применяет другие (не рекомендованные врачом) препараты. При этом в медицинском подходе проблема комплаентности, чаще всего изучается в более узком контексте какой-либо одной из указанных составляющих.

Систематизация научных воззрений на соблюдение личностью врачебных назначений – нелегкая задача, поскольку данная проблема является «молодой» и весьма далекой от всестороннего осмысления и разрешения. Об этом объективно свидетельствует тот факт, что в основном существуют такие теории и концепции, которые можно интерпретировать как относящиеся к проблеме комплаентности, а не напрямую занимающиеся данной проблемой.

Необходимо отметить, что *феномен комплаентности анализируется в двух аспектах: общемедицинском и психологическом*. Это дает основание для различения этих двух подходов, которые сходятся в объекте, но расходятся по предмету, методам, задачам и категориальному аппарату исследования.

В общемедицинском подходе преобладает биосоциальную модель феномена комплаентности, которая объясняет все через биологические (характер заболевания (острое/хроническое, побочные эффекты препаратов и т.п.) и социальные факторы (система отношений между врачом и пациентом), способствующие его возникновению. В этой модели большое внимание уделяется *клиническим факторам* оказывающим влияние на комплаенс пациента. Среди них выделяют показатель субъективно тягостной симптоматики, переживаемой личностью. Обратиться пациента за медицинской помощью побуждают страдание, дискомфорт, вызванные заболеванием, они же формируют установку человека на лечение. В подобных случаях назначение лекарственных препаратов воспринимается личностью как спасение от болезни, способ избавления от недуга. Соответственно, от больного можно ожидать высокого терапевтического сотрудничества и выполнения врачебных рекомендаций. Восстановление здоровья после терапии укрепляет доверие больного к лечению в будущем. Те заболевания, которые протекают бессимптомно, не принося больному существенного физического дискомфорта, обычно выявляются случайно, например, при диспансерном осмотре, и только объективные данные свидетельствуют о необходимости

лекарственного лечения. В идентичных случаях уровень терапевтического альянса достаточно низкий [22, 38].

В определённых случаях после назначения врачом лечебных мероприятий, больные часто выполняют рекомендации врача в течение непродолжительного времени или сразу отвергают медицинскую помощь. На фоне лечения при улучшении самочувствия терапевтическое сотрудничество может нарушаться [22]. Мотивация к лечению существенно снижается в период ремиссии, когда больные не переживают тягостные симптомы, и часто перестают придерживаться рекомендаций врача вплоть до прекращения терапии. Очередной рецидив заставляет пациентов вновь обратиться за медицинской помощью.

Имеет значение характер течения заболевания. При лечении хронических заболеваний терапевтическое сотрудничество неустойчиво по сравнению с острыми патологическими состояниями. Внезапно возникшая острая патология сопровождается резким ухудшением состояния больного и не подразумевает длительного лечения. Помимо этого, при остром состоянии или обострении хронического заболевания медицинская помощь в основном оказывается стационарно, и контроль над выполнением рекомендаций осуществляется врачом и медицинскими сестрами. При хронических патологиях часто лечение проводится амбулаторно, и большая часть ответственности за прием препаратов, соблюдение диеты ложится на больного [20, 22].

Одними из наиболее важных задач являются способность и необходимость понять пациента. Его страхи, опасения, тревоги, связанные с болезнью, снижают эффективность лечебных мер, усиливают неуверенность в завтрашнем дне, снижают комплаенс, что ведёт к усугублению физического состояния. Чем больше состояние больного будет понятным врачу, тем выше уровень надежды и доверия будет у пациента [40].

Используется два важных метода в борьбе с ошибочными мнениями людей о заболеваниях и способах их преодоления. Первым из них является наглядность – это видимая всем результативность работы по сохранению, восстановлению и укреплению здоровья населения. В тесном контакте с ней находится направленная профессиональная просветительская работа. Для ее эффективной реализации требуются время, настойчивость, ориентация на конкретную аудиторию. Это глубокая, профессиональная пропаганда меди-

цинских знаний среди больших масс населения путем использования всего арсенала коммуникаций, в том числе и индивидуальная разъяснительная работа с пациентами [42, 61]. Необходимым является замещение ложных знаний верным медицинским просвещением. У людей повышается психологическая устойчивость, уверенность в благополучном разрешении проблемы, связанной с заболеванием.

В целом комплаентность отражает сложное взаимодействие вышеперечисленных факторов, соотношение и сочетание которых изменяется в динамике заболевания и на отдаленных этапах может существенно отличаться от начальной.

Следующей группой факторов, оказывающей влияние на комплаентность, представляется *совокупность особенностей лекарственной терапии* (терапевтические факторы).

Прежде всего, на терапевтический альянс влияет продолжительность лечения. Установлено, что при долгосрочном лечении комплаенс больных значительно снижается по сравнению с краткосрочным приемом препаратов. При длительной терапии больной должен постоянно следить за соблюдением схемы лечения, поэтому терапевтическое сотрудничество может нарушаться из-за того, что больные забывают принять лекарство. В условиях длительного лечения ценность терапии в глазах больного уменьшается, он привыкает к диагнозу, осознает невозможность полного выздоровления [11].

Одним из главных препятствий на пути формирования следования терапии являются побочные эффекты лечения. В основном это касается неожиданных, субъективно тяжёлых и длительных нежелательных реакций. Если после начала лекарственной терапии у пациента наблюдаются, например, головной боли, о которых он не был предупрежден заранее, это вызовет испуг больного. Соответственно, страх возможного ухудшения состояния здоровья от приема лекарств может привести к отказу от продолжения лечения. В некоторых случаях побочные эффекты терапии могут быть субъективно настолько тягостными, что по сравнению с ними страдание от самого заболевания воспринимается больным как меньшее зло [58].

Значимым терапевтическим фактором, влияющим на комплаенс, является режим приема лекарств. Удобство и простота схемы терапии (небольшое количество лекарств, простой способ дозирования) способствуют соблюде-

нию больными назначений врача. И наоборот, большое количество различных препаратов, необходимость приема лекарств несколько раз в день в строго определенное время, трудность дозирования служат источником нарушения лекарственного режима [35].

Некоторые больные принципиально не приобретают препараты, предполагая, что они могут быть вредны, рассуждая: «Они действуют на печень», «Вызывают дисбактериоз» и прочее). Ряд пациентов по идентичным причинам задерживают предписанное лечение, надеясь обойтись без препаратов. Распространены случаи, когда больные не могут купить назначенный препарат вследствие его высокой стоимости, что выходит за рамки финансовых возможностей определённых групп пациентов). Иногда пациенты сознательно пропускают приём медикаментов, параллельно получая терапию по поводу сопутствующего заболевания, опасаясь за неблагоприятный исход вследствие лекарственных взаимодействий [11].

Одной не менее значимых групп факторов, воздействующих на комплаентность, является категория социальных факторов, а также организация медицинской помощи. Важным компонентом в следовании пациентом терапевтическим рекомендациям является *микросоциальная среда человека*, которая включает в себя семью, соседей по дому, друзей, коллег по работе, соседей по койке в больничной палате и др. Ее состояние, по системе сложившихся в обществе оценок, оказывает существенное влияние на эффективность деятельности врача и пациента, живущего в этой среде [9].

Взаимодействие в семье, находящейся в состоянии функционального равновесия, обеспечивает всем ее членам эмоциональную и физическую стабильность. В кризисной, стрессовой ситуации семья теряет возможность такого постоянства. Этому предшествуют множество причин: болезнь, смерть одного из ее членов, развод, потеря работы и др. Болезнь одного из членов семьи нарушает сложившееся течение жизни, требует создания для него особого режима приёма препаратов, перераспределения обязанностей, заставляет менять планы на будущее, испытывать чувство страха, неопределенности, беспомощности [40].

Также семья выполняет посредническую и защитную функции в отношениях между индивидом и обществом по важным для сохранения здоровья и борьбы с болезнями вопросам таким, как: лекарственная терапия медицин-

ская и коммуникативная активность, характер питания, режим сна, и др. Исцеление или облегчение течения болезни одного из членов семьи во многом зависит от того, какое отношение членов семьи к лекарственной терапии, рекомендациям врача, насколько успешно преодолеваются негативные стереотипы поведения, среди которых достаточно часто проявляются враждебное отношение к медицинскому персоналу, обвинения в предвзятости, невнимательности, вымогательстве, что затрагивает взаимоотношения между врачом и пациентом.

Общаясь с семьёй, врач решает вопросы ее отношения к проблемам здоровья, болезни, лечения. Ему часто приходится иметь дело со сложными взаимоотношениями, как между личностью и семьей, так и между семьей и окружающим миром. Его обязанностью является истолковать необходимость приёма препаратов, выполнения рекомендаций, касающихся состояния здоровья пациента, помочь семье приспособиться к уходу за больным. Неадекватное поведение отдельных членов семьи создает предпосылки к возникновению конфликтов, накоплению внутрисемейного напряжения, и, как следствие, снижению уровня комплаентности [21].

Среди задач, решаемых врачом при работе с семьей пациента, находится формирование правильного представления о болезни, помощь членам семьи реорганизовать свою жизнь в соответствии с изменившимися условиями, избежать неправильного поведения, включить пациента в жизнь семьи.

Большое воздействие на сознание пациента в вопросах соблюдения им терапевтических предписаний имеет неблагоприятное влияние одних пациентов на других, что обозначается термином эгзотогения. Обычно это имеет место, когда у людей в условиях тесного контакта есть много свободного времени, например, при нахождении в больничной палате, в очереди на амбулаторный прием к врачу [42]. Проявляется этот феномен в виде напряжения, тревоги, иногда психического шока или паники. Подобные состояния формируют так называемые «бывалые», невро- и психопатичные пациенты. Эти люди читают много популярной литературы, считают себя подготовленными гораздо лучше врачей, падки на всевозможные сообщения о медицинских сенсациях, рекламируемых препаратах и чаще всего искажённо воспринимают данную информацию. Попадая в больницу, поликлинику, санаторий, они настойчиво организуют вокруг себя сосредоточение ложных околосеми-

цинских знаний. С непререкаемой самоуверенностью и агрессией дают советы и рекомендации, делятся своими прогностическими соображениями, «опытом» в основном мрачным, зловещим, приводя в уныние и депрессию своих слушателей. «Просветительская» деятельность таких чрезмерно активных пациентов особенно негативна, если их соседи страдают аналогичными или похожими по течению заболеваниями.

Определяющее значение в следовании и выполнении личностью лечебных предписаний имеет *система отношений между пациентом и врачом*. Издавна врач должен был откликаться на зов пациента независимо от возраста, пола, социального положения в обществе и от сложности заболевания. Так сформировался постулат практической медицины. Долг врача требует особой точности, аккуратности в делах, назначениях, при выполнении процедур, обещаний, записей. С древних времён при обозначении сделанного врачом для пациента используется выражение «*lege artis*», что означает безукоризненно. Помимо этого врач должен быть скрупулёзен, честно выполнять свои обязательства и обещания. Иначе высока вероятность потери доверия пациента, а, соответственно, и снижения комплаентности.

Неудовлетворенность пациента назначенным лечением и отношением к нему со стороны медиков носит характер субъективно сформировавшегося мнения о враче из-за его неумения учитывать личностные особенности пациента, с одной стороны, и ослабленного самоконтроля над негативными сторонами собственного характера - с другой. Л.Н. Собчик [51] приводит мнение К. Роджерса, который считал, что к больному человеку специалисты должны подходить свободными от собственных внутриличностных проблем.

К. Роджерс считал искусство эмпатии залогом успешности контакта врача с больным, то есть умение принять личность пациента и его проблемы без предвзятости и критики, с состраданием и желанием помочь. Также важно замечание К. Роджерса о самооценке больного. Как писал психотерапевт, она не должна снизиться после контакта с врачом, должна поддерживаться на позитивном уровне, то есть больной должен ощущать доброжелательность и уважение к своей персоне. В противном случае на эффективность проводимого лечения рассчитывать будет трудно.

Лечение пациентов должно происходить с участием врачей, поскольку, в первую очередь, оно включает в себя психологическую активизацию, целевую установку при борьбе с заболеванием. О продуктивности лечения при задействовании внутреннего потенциала пациента, его приверженности к лечению, была известна врачам много веков назад. Например, сирийский врач Абуль-Фарадж в XII веке утверждал, что в случае заболевания человека, имеется три составляющие: врач, пациент и болезнь, и, если пациент будет на стороне врача, то вдвоём они преодолеют заболевание [58].

А. Клейнман [18] утверждает, что в современной медицине пациент рассматривается, как активный участник лечебного процесса, однако, в своей работе, врачи не готовы предоставить больному полную самостоятельность. Это находит свое выражение в их двусмысленных рекомендациях пациентам. К примеру, больного, страдающего хронической почечной недостаточностью, побуждают быть инициативным, однако как только состояние пациента ухудшается, его просят полностью довериться врачам и начинают упрекать в излишней активности.

Значимым является активное участие пациента в разработке плана лечения, учет его мнения при выборе лечения. При соблюдении этого условия у пациента появляется чувство ответственности за успех терапии, и он будет внимательнее следовать совместно выработанной тактике терапии [45].

На удовлетворенность пациента процессом лечения оказывает влияние восприятие компетентности врача. В некоторых случаях профессионалом пациент признает того, кто оправдывает его ожидания, говорит то, что он хотел бы услышать. Многие пациенты недовольны общением с врачом потому, что он редко на них смотрит, не выслушивает до конца, занят заполнением истории болезни [50].

И.А. Шамов отмечал [58], что отношения между врачом и пациентом можно рассматривать как разновидность политических отношений. Ограничивая доступ больного к информации, врач тем самым сохраняет за собой власть и право принимать решения. Вероятно, этот факт имеет под собой реальную основу. Не сообщая пациенту всей информации, врач избавляется от необходимости обсуждать с ним особенности лечения, и, кроме того, профессиональная лексика позволяет ему быть менее эмоциональным [58].

Многие пациенты ведут активный образ жизни, работают по строгому графику, соответственно, назначая прием, врачу необходимо учитывать их жизненный стиль. Терапевтический альянс формируется лучше, если больной знает, что в любое время при необходимости может обратиться к лечащему врачу по телефону. В случае развития непрогнозируемого побочного эффекта терапии, телефонная консультация успокоит больного и предотвратит нарушение терапевтического сотрудничества. Приверженность будет выше, если на дому больного будут наблюдать врачи и медицинские сестры в случае его беспомощности, тяжелом течении заболевания, ограничивающем возможность посещения доктора амбулаторно [53].

Таким образом, мы видим, что практически ни одним из авторов научных работ не уделяется внимание целостной картине личностных особенностей пациентов, их ценностным ориентациям, социальному статусу, прошлому опыту личности, несмотря на то, что данные составляющие входят в широкое с точки зрения клинической психологии, понятие комплаентности.

В клинической психологии преобладает биопсихосоциоэтическая модель феномена комплаентности, которая объясняет ее возникновение не только через биологические (характер заболевания (острое/хроническое, побочные эффекты препаратов и т.п.) и социальные факторы (система отношений между врачом и пациентом), но и добавляет к ним психологический и духовные факторы.

Менделевич В.Д., отмечает что, комплаенс имеет сложную структуру, которую составляют три функциональных блока: сенсорно-эмоциональный блок включает непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения; логический представляет систему оценок и суждений для объяснения необходимости лечения и его эффектов; поведенческий сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы.

Важным является определить комплаентность, придерживаясь психологического подхода. Принимая во внимание структуру психической деятельности человека, в которую, безусловно, включается отношение личности к лечению, его следование предписаниям врача и соблюдение рекомендаций, можно отнести данный феномен в категорию психических свойств. Психические свойства – это устойчивые образования, обеспечивающие определенный качествен-

но-количественный уровень деятельности и поведения, типичный для того или иного человека [31]. К психическим свойствам относят жизненную позицию личности, состоящую из системы потребностей, интересов, убеждений, идеалов, и определяющую избирательность и уровень активности, что и является производными понятия комплаентности. Это позволяет трактовать её следующим образом: под комплаентностью стоит понимать часть убеждений личности в структуре психической деятельности, определяющую поведение человека, касающееся его отношения к производимым лечебным мероприятиям, рекомендациям и предписаниям со стороны врача. Когда речь идёт о комплаентном поведении наиболее устойчивыми и неизменными в процессе усвоения жизненного опыта являются личностные особенности пациента. Они поддаются лишь психокоррекционным воздействиям, которые способны видоизменить поведение человека. Наименее устойчивой является эмоциональная составляющая личности. Фон настроения определенным образом влияет на соблюдение терапевтических мер, что может привести к неполному и некачественному выполнению врачебных предписаний.

Также основываясь на современных исследованиях, можно обозначить, что комплаентность представляет результат развернутого во времени процесса, в который включены:

- пациент (с его личной моделью здоровья, медицинской осведомлённостью, стилем решения проблем, социализацией, внутренней картиной болезни, мнением ближайшего окружения и т.д.);
- врач (со своими особенностями профессиональной социализации, специальными медицинскими знаниями и навыками, стилем ведения консультации, стилем выписки назначений и т.д.);
- собственно особенности взаимодействия в кабинете врача (у врача – это готовность к терапевтическому сотрудничеству, понятный для пациента язык общения, межполовые, межвозрастные, статусные различия; у пациента – реакция на внушающие вопросы, внимание к деталям, полнота изложения жалоб и проч);
- переживание и понимание (зрелость внутриличностной рефлексии) симптомов заболевания пациентом;

- понимание врачом жалоб пациента и выбор ресурсов лечебного воздействия; инструктирование пациента при окончании консультации (профилактика низкой комплаентности);

- принятие предписаний врача пациентом и формирование пациентом плана деятельности по выздоровлению.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что проблема комплаентности на сегодняшний день является малоизученной, приобретает актуальность, теоретическую и практическую значимость в современной психологии, и занимает достойное место в проблемном поле медицинской психологии и медицины. В медицинской науке комплайнс представляет собой проблему большой практической важности так как, несоблюдение лекарственного режима вносит весьма существенный вклад в частоту рецидивирования заболевания и возрастание тяжести их обострений. В психологической науке, несмотря на большое количество концепций, теорий, о проблеме комплаентности, механизмах и факторах её формирования известно очень немного. В силу данного обстоятельства на передний план выдвигается задача теоретико-эмпирического изучения комплаентности и конструирования новой методики в её психологической диагностике, разработке рекомендаций медицинским психологам и врачам, организации эффективной работы врачу с пациентом в процессе терапии.

1.2. Психологическая характеристика комплаентности личности

В качестве адекватной основы для психологической характеристики комплаентности является внутренняя картина болезни, отражающая психологические характеристики пациента [4, 13, 27, 56, 61].

Изучение мотивационно-поведенческого компонента и его отражения во внутренней картине болезни представляется чрезвычайно важным при рассмотрении развития личности в условиях хронического заболевания в связи с тем, что мотивы и цели деятельности человека выражаются в его поведении, влияя на направленность больного либо на выздоровление, либо на пассивное отношение к заболеванию. При таком понимании анализ личности больного должен опираться на анализ мотивов ведущей деятельности: их содержание, степень подчинённости, общий профиль мотивационно-потребностной сферы и ценностно-смысловые образования личности в ситуации болезни [13].

Правильная оценка больным своего состояния, что бывает при гармоничном типе внутренней картины болезни, является важнейшим фактором формирования комплайенса. В данном случае значение сопутствующих факторов, снижающих терапевтический альянс, уменьшается.

При гипнозогнозии или анозогнозии, когда больные преуменьшают или отрицают факт заболевания и пользу лечения терапевтическое сотрудничество нарушается. Таким пациентам сложно объяснить необходимость терапии, поддержать сотрудничество и гарантировать соблюдение врачебных рекомендаций в течение всего периода лечения.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) имеет свою структуру, универсальную у всех людей, независимо от их заболевания. Она состоит из четырех уровней [4, 13, 27, 56, 61].

1. Сенсорный уровень (уровень ощущений). Обычно динамика становления ВКБ начинается с ощущений, проявляющихся в двух этапах. На первом этапе ощущения возникают в виде первичного осознания какого-то неблагополучия, дискомфорта. Человек еще не может сказать, что с ним не так, поскольку его ощущения еще не определены. Заканчивается этот этап тогда, когда они получают свое название и обозначение. Наступает второй этап сенсорного уровня, когда ощущения становятся знаками болезни человека («я чувствую сильную слабость и головокружение»).

2. Когнитивный уровень (уровень познания и понимания). Чтобы ощущения в теле были восприняты как симптом болезни, должна существовать когнитивная модель болезни. В когнитивной модели определяется, какой болезни приписать ощущения. Значимым моментом на этом уровне является оценка угрозы болезни. Чем сильнее будет оценка угрозы, тем острее может быть эмоциональная реакция человека.

3. Эмоциональный уровень. Спектр возможных эмоциональных реакций человека очень широк. От анозогнозии (отрицания болезни – «Нет, этого не может быть, я ничем не болен») до ипохондрических реакций (поиск и нахождение признаков своей болезни во всех своих ощущениях – «Сегодня я кашлянул три раза – у меня рак легких»).

4. Уровень мотиваций. Здесь речь идет о смысле, который человек вкладывает в свою болезнь. Смысл болезни может изменить образ «Я» человека, его самоотношение, отношения с другими людьми и миром вообще. Болезнь

может стать препятствием в воплощении основных жизненных мотивов человека, и тогда человек очень хочет избавиться от болезни. Но иногда болезнь может получить смысл некоего «помощника» в решении более сложных жизненных задач (вторичная выгода болезни), например, если болезнь не дает развалиться семье или не позволяет почувствовать сложности и проблемы в какой-то иной сфере.

Чаще всего встречается амбивалентное отношение к болезни: с одной стороны, человек хочет от нее избавиться, а с другой стороны, в чем-то находит выгоду. Именно тогда возникает проблема приверженности терапии. Соответственно появление такого амбивалентного отношения приводит к тому, что пациент занимает неуверенную позицию по отношению к болезни, что отрицательно сказывается на стремлении пациента к соблюдению врачебных рекомендаций и снижает качество и эффективность лечения. В данной ситуации комплаентность может проявляться не только в отношении приёма препаратов, но и в других важных врачебных назначениях и рекомендациях.

Личностные особенности больного, также относящиеся к группе психологических факторов, оказывают сильное влияние на формирование терапевтического альянса. Определённые черты личности изначально определяют тип внутренней картины болезни и установку на терапию, а в дальнейшем влияют на соблюдение медицинских рекомендаций. Тревожно-мнительные личности (с повышенной тревожностью, чувством постоянной неуверенности, склонные к сомнениям) обычно безукоризненно выполняют предписания врача. При случайном пропуске приема медикаментов усиливается чувство тревоги, появляются размышления о возможных последствиях случившегося, терапевтическое сотрудничество у таких больных формируется только при их уверенности в профессионализме врача и доверии к нему. При недостаточном доверии к врачу, а также при сниженной эффективности терапии, такие пациенты обращаются к другим специалистам и часто меняют терапию. Застревающие личности (с чертами ригидности мышления, упорства в достижении цели, настойчивости и эгоцентризма), как правило, точно следуют медицинским рекомендациям. Поскольку такие пациенты скорее желают избавиться от недуга, они прикладывают все усилия для выздоровления. Регулярно нарушают предписания врача гипертимные личности вследствие легкой переключаемости, неустойчивости интересов, недооценки тя-

жести заболевания. Улучшение состояния здоровья такие люди воспринимают как полное выздоровление и возможность прекратить лечение.

Личности с гипотимическими чертами имеют пессимистический настрой, способствующий формированию терапевтического сотрудничества вследствие переоценки тяжести своего состояния, гипернозогнозии. При усилении пессимизма, чувства обреченности, развитие депрессии, что характерно для таких больных, приводит их к обесцениванию своей жизни, бесперспективности лечения и отказу от него.

Больные с шизоидными чертами личности предпочитают лечиться не так, как советует врач, а так, как они считают нужным. Среди них распространено самолечение, основанное на медицинских знаниях, полученных из книг и телепередач. Соответственно, установить контакт с такими больными, вызвать их доверие непросто.

Таким образом, обобщая предложенные психологические характеристики личности, можно выделить основные психологические компоненты комплаентности (см. табл. 1.)

Таблица 1. Основные психологические компоненты комплаентности

Компоненты	Связь с комплаентностью
Тревожность	Беспокойство, преимущественно за свое здоровье, влияет на повышение уровня комплаентности
Прошлый опыт	Позитивный опыт влияет на повышение всех компонентов комплаентности, преимущественно поведенческой, вследствие благополучного исхода в лечении как собственного заболевания, так и недугов других людей. Негативный опыт обуславливает снижение комплаентности вследствие травматического влияния неудач в проведении лечения и отрицательных отзывов других людей.
Приоритетность ценностей	Превалирование в системе ценностей здоровья и поддержания физической формы определяет высокий уровень комплаентности.
Качество жизни	Полноценность жизни (психологический комфорт, условия окружающей среды, питание, бытовой комфорт) напрямую зависит от состояния здоровья и, соответственно, его поддержания, а значит высокой комплаентности
Психологическое благополучие	Уровень базовых составляющих психологического благополучия (автономия, компетентность, личностный рост, принятие себя) обуславливает определённую степень комплаентности

1.3. Методические подходы к эмпирическому изучению комплаентности

Понятие «комплаентность» появилось в отечественной научной литературе около 20 лет назад, но широко использоваться стал недавно, в последние 5-6 лет. В нашей стране общепринято, что проблематика соблюдения лечебных назначений по большей части находится в сфере интересов врачей, в основном соматической практики. Следовательно, меры по повышению комплаентности предлагаются дидактические, там, где «учителем и наставником» пациента является врач, требования которого необходимо беспрекословно выполнять, но он же берет на себя полную ответственность за жизнь и здоровье своего пациента. Неслучайно в нашем обществе наиболее популярна среди врачей и пациентов патерналистская модель взаимодействия врача и больного.

Необходимым явилось осветить всевозможные подходы к понятию комплаентности.

Теоретические подходы к пониманию комплаентности различны. Употребляемые определения изучаемого явления таковы: «согласие пациента следовать рекомендациям врача», «информированное согласие», «приверженность терапии». Вероятно, что за разноплановостью определений комплаентности стоят принципиальные различия исходных теоретико-методологических установок исследователей в отношении признания больного или пассивным получателем и объектом врачебных манипуляций, или активным субъектом и равноправным участником процесса терапевтического союза.

Наиболее распространёнными аспектами в рассмотрении этого вопроса становятся медицинский и клинико-психологический.

Сугубо медицинский подход к проблеме комплаентности личности, в основном, ориентирован на оценку степени соблюдения врачебных предписаний, в большей степени медикаментозных назначений. Медицинский взгляд на данный вопрос не позволяет воздействовать на пациента кроме как обучающими методами, такими, как «школы больных», «группы встреч» и т.д., которые дают положительный эффект до тех пор, пока пациент находится под наблюдением, в медицинском учреждении. К примеру, по данным патологией заболеваниями выполняют рекомендации врача в течение 6 месяцев

в 71 % случаев, через год – в 22,8 % случаев, через 3 года эта цифра снижается до 6 % [1, 3].

Важным моментом в «школах больных» является то, что пациенту дается «инструмент» контроля над ситуацией болезни, в качестве которых выступают дневники самонаблюдения, аппараты для самостоятельного измерения уровня артериального давления, уровня сахара в крови и т.д.). Предполагается, что такие меры должны повысить автономность и ответственность личности, и, как следствие, комплаентность. Но, повышению автономности и ответственности пациента препятствует решающая роль врача в принятии решения в ситуации болезни.

Применение клинико-психологического подхода для анализа проблемы комплаентности позволяет учитывать совокупность биопсихосоциальных факторов. Разработка дополнительных психологических критериев эффективности отношений комплаентности на основе деятельностной парадигмы предполагает исследование социальных, клинических, психологических, терапевтических факторов, формирующих комплаентность, а также когнитивной и коммуникативной составляющей личности. Важно понимание системной организации психологических механизмов комплаентности, взаимодействия когнитивных, мотивационных и коммуникативных ее «звеньев» а также психотерапевтических стратегий ее «потенцирования» [52]. В отсутствии системной модели комплаентности, предполагающей вклад мотивационно-личностных и коммуникативных факторов в обеспечение эффективного взаимодействия пациента и врача, комплаентность, как сотрудничество, будет изучаться с точки зрения установления коммуникативной составляющей пациента, особенностей когнитивного понимания другого и эмоционального отношения. Такой подход является актуальным и отвечает интегративным тенденциям современной клинической психологии.

Методически данный подход выполняется с помощью разработанного комплекса количественных и качественных методов для изучения аффективно-когнитивных (аффективно - когнитивного стиля как индивидуальной конфигурации познавательных процессов разной степени дифференциации-интеграции, зависимости-автономии и зрелости регуляторных механизмов) и социально-перцептивных (прежде всего, образа врача) факторов комплаентности как успешности сотрудничества пациента с врачом при использовании

схемы обследования пациентов до операции и в послеоперационный период с учетом субъективной (образа пациента) и объективной оценки врачами степени комплаентности пациентов.

Проблема терапевтического сотрудничества при создании и поддержании терапевтического взаимодействия между врачом и пациентом, являясь традиционной для области психотерапии, может быть применена в других областях медицины, связанных со здоровьем, где врачу и пациенту необходимо работать совместно для достижения определенных целей, но часто не происходит осмысления исследователями сути комплаенса [10].

Посредством психотерапевтической модели в изучении комплаенса как осознанного целенаправленного и стабильно поддерживаемого сотрудничества возможно было бы использовать накопленные в психотерапии знания о природе феноменов нарушения рабочего союза, сюда можно отнести различные формы «переноса», «сопротивления» и «прерывания психотерапии», характерные для так называемых «тяжёлых», резистентных к любому терапевтическому вмешательству пациентов.

Анализ существующих методов диагностики комплаентности показывает, что большинство из них ориентированы исключительно на медикаментозную терапию, а между тем лечение любого заболевания, особенно хронического, предполагает комплексное исследование личности, всех факторов, влияющих на отношение к лечению. Соответственно, отсутствие достаточно адекватных и информативных психометрических инструментов для оценки комплаентности затрудняет её изучение.

Существует необходимость измерять уровень комплаентности не только у людей, страдающих хроническими заболеваниями, с целью разработки стратегии психологической помощи по повышению данного показателя, но и для здоровых людей, с целью диагностики индивидуально-психологических характеристик комплаентности и выработке рекомендаций врачам по работе с имеющимся уровнем приверженности лечению и психологам по коррекции низкого уровня комплаенса, в случае заболевания данного контингента. Полученные данные позволят упростить процесс медикаментозной терапии, повысить эффективность лечения и увеличить процент выздоровления.

В зарубежных исследованиях комплаенса часто используются опросники в виде интервью, представляющие собой самоотчеты пациентов. Про-

блемную область диагностики составляет включение в имеющиеся методики недостаточное количество вопросов, предлагаемых пациентам, что не позволяет в полной мере выявить уровень приверженности к лечению и учесть все предикторы комплаентности. К таким методам относятся: шкала медикаментозного комплаенса (ШМК), шкала комплаентности Мориски-Грин, опросник отношения к лекарствам Drug Attitude Inventory (DAI-10), опросник Medication Adherence Rating Scale (MARS), Rating Of Medication Influences (ROMI), Insight And Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ), подсчёт таблеток, измерение концентрации препаратов или их метаболитов в жидкостях организма (в крови или моче), микроэлектронные устройства MEMS и eDEM (См. Приложение А).

«Золотым стандартом» оценки комплаентности являются микроэлектронные устройства MEMS (Medication Event Monitoring System) и eDEM (Electronic Drug Exposure Monitor), созданные в конце XX века. Они состоят из электронной микросхемы, помещённой в крышку стандартного контейнера и регистрирующий каждый эпизод его открытия [50]. Учитывая, что при открытии устройства препарат не только извлекает человеком из контейнера, но и принимается им, благодаря чему, можно оценить комплаентность с высокой точностью. Также, применяя данное устройство, возможно проводить количественную оценку комплаентности. Во многих клинических случаях, при применении определённых групп антибиотиков, временной интервал дозирования очень важен, поскольку нарушение режима приёма препарата приводит как к снижению эффективности лечения, так и создаёт почву для селекции лекарственноустойчивых микроорганизмов.

Шкала медикаментозного комплаенса (ШМК) создавалась для использования её врачами-психиатрами в отношении контингента психически больных, соответственно её использование некорректно для здоровых людей. Пункты шкалы оцениваются и заполняются исключительно врачом-психиатром в процессе клинической беседы с пациентом, что предполагает одностороннее исследование комплаенса у человека.

Шкала Мориски-Грин включает в себя 4 вопроса и предназначена для поверхностного определения уровня комплаентности. Она может быть применена для выделения контингента, нуждающегося в дополнительном вни-

мании как недостаточно приверженных к лечению, предполагает использование дополнительных, более подробных и специализированных шкал.

По оставшимся опросникам в доступных литературных источниках отсутствует информация как об их валидности и надёжности, так и о применении на практике.

Таким образом, принимая во внимание только данные самоотчета больных, известные методики диагностики комплаентности не дают возможности вносить объективную коррекцию, опираясь на наблюдения врача и используя дополнительную информацию за пределами прямых ответов личностей по параметрам, являющихся предикторами комплайенса. Это позволило бы наложить полученные данные на общую картину поведения исследуемого и сделать оценку комплаенса более полной. В данных опросниках не учитываются установки личностей в полном объёме, поскольку ответы на вопросы можно интерпретировать двойственно.

Принимая во внимание всё вышесказанное, можно заключить, что изучение проблемы комплаентности достаточно долгое время было ограничено исключительно традиционной медицинской парадигмой, проблема исследований в этой области включала вопросы по организации поведения больно-терапии и предотвращения её отторжения. Сравнительно недавно в поле зрения исследователей оказались такие определяющие комплаентность факторы, как структура мотивации излечения, внутренняя картина болезни, индивидуально-личностные характеристики. Практически закрытыми остаются области, открывающие перспективы изучения комплаентности как частного случая сложных социальных отношений, связанных с целостной индивидуально организованной структурой личности, ее субъектностью, ценностными установками, познавательными и коммуникативными стилями. В этом смысле нам показалось методологически верным рассмотреть изучение комплаентности с позиции более широкого социально-психологического контекста теоретических и прикладных направлений современной клинической психологии.

ГЛАВА 2.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ ОПРОСНИКА «УРОВЕНЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ»

2.1. Операционализация теоретических представлений о комплаентности личности

Общая стратегия конструирования опросника носила дедуктивный характер. Это значит, что в его основу были положены теоретические представления, а не эмпирически выявленная структура комплаентности. Напомним, что комплаентность - это часть убеждений личности в структуре психической деятельности, определяющая поведение человека, касающееся его отношения к производимым лечебным мероприятиям, рекомендациям и предписаниям со стороны врача.

Мы предполагаем, что на уровень комплаентности личности может повлиять большое количество факторов, в связи, с чем при проведении апробации опросника применяли дополнительный блок методик, позволяющий исследовать, выделенные ранее основные психологические компоненты комплаентности (см. табл. 1): ценностно-мотивационная сфера человека: методика «Ценностные ориентации» (по М. Рокичу); уровень тревоги и депрессии: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) являющаяся наиболее современной методикой, позволяющей судить о наличии у человека определённой степени тревоги и депрессии, что максимально удобным в проведении исследования; влияние на личность предшествующих травматических событий: опросник травматических событий (Life Experience Questionnaire, LEQ), разработанный под руководством Н.В. Тарабриной; психологическое благополучие: методика «Шкалы психологического благополучия»; качество жизни испытуемых: опросник SF-36 («SF-36 Health Status Survey»); выявления неосознаваемых установок по отношению к заболеванию, лечению, врачебным рекомендациям и. т.п.: ассоциативный метод в виде заданных ассоциаций (модифицированный вариант). Для обработки и интерпретации результатов данных, полученных с помощью методики заданных ассоциаций, нами были выделены критерии отношения к таким феноменам как рекомендации врача, приём препаратов, лечение, состояние здоровья.

Данный методологический комплекс помимо опросника «Уровень комплаентности» применялся для того, чтобы, выявить определённые взаимосвязи между уровнем комплаентности и психологическими характеристиками личности, что в психологической практике позволит использовать одну методику вместо нескольких заменить несколько методик одной, и даст возможность ускорить процедуру диагностики в изучении отношения к лечению и болезни.

Следует обозначить теоретический конструкт, позволяющий описывать и изучать феномен комплаентности. В основу разработанного опросника была положена биопсихосоционезическая модель Г.В. Залевского [14-16]. В рамках этой модели любой феномен в объектном поле клинической психологии наиболее полно рассматривается как системный феномен с системной (причинной и непричинной) детерминацией, системной структурно-уровневой организацией (психический-функциональный, психологический-душевный, психологический-духовный) в их близком и специфическом отношении с физическим, соматическим. Человек (антропос — устремленный вверх) и его здоровье по этой модели понимаются как целостные образования — биопсихосоционезические, духовное единство со структурно-уровневым строением, высшим и интегрирующим уровнем которого является духовный уровень (духовность и духовное здоровье). Эти уровни (человека и его здоровья) отражают уровни «человеческих связей с миром» (Леонтьев А. Н.), «взаимодействия с действительностью» (Брушлинский А. В.), «разные уровни бытия» (Правдина Л. Р.), которые можно мыслить как «миры (пространства), где совершаются развитие и саморазвитие личности, и которые могут быть структурированы следующим образом: мир (пространство) телесности, психологический (функциональный и душевный) мир, общественный (социальный), духовный, культурный». Сегодня ученые склоняются к тому, что решающим фактором в этой интегрированной целостной организации с все большей очевидностью является и играет доминирующую роль именно неэтическая, т.е. духовная составляющая, которая, в конечном итоге, определяет и «индивидуальную ответственность человека за свое здоровье».

Такой теоретический подход, позволит создать и апробировать психометрическую технологию которая представлена ниже.

2.2. Конструирование опросника «Уровень комплаентности»

Процедура разработки опросника предусматривала оценку комплекса психометрических параметров:

- 1) содержательной, критериальной и конструктивной валидности;
- 2) ретестовой надежности [6].

Все математические расчеты, были автоматизированы при помощи компьютерного программного пакета для статистического анализа данных SPSS версия 11.5. для Windows.

На начальном этапе создания опросника задачей первостепенной важности явилось обеспечение его *содержательной валидности*, под которой понимается репрезентативность содержания заданий теста в отношении измеряемой области психических явлений. Это предполагает формулировку избыточного количества пунктов и экспертный отбор наиболее репрезентативных по отношению к предмету диагностики.

В целях обеспечения содержательной валидности был использован метод независимых экспертных оценок. В роли экспертов были привлечены преподаватели психологии, читающий курс «Психодиагностика» для студентов психологической специальности, филологи. Эксперты были ознакомлены с теоретическими положениями комплаентности, далее им были предъявлены 86 утверждений и поставлена задача оценить по пятибалльной системе степень соответствия каждого утверждения феноменологической и поведенческой картине комплаентности личности и проверить утверждения на грамотность составления. Оценки выставленные экспертами независимо друг от друга были в достаточной мере согласованными, о чем свидетельствует высокое положительное значение коэффициента их корреляции ($0,74, p < 0,001$). По итогам оценок, некоторые утверждения были переформулированы в соответствии с замечаниями экспертов. Из списка были исключены 20 утверждений, которые, по мнению экспертов, были: а) повторяющиеся или близкие по значению к другим пунктам опросника; б) сформулированы в слишком общей, абстрактной или трудной для понимания форме; в) не раскрывающие специфику приверженности лечению. Таким образом, в окончательную версию опросника, вошло 66 пунктов.

Пункты имеют вид утвердительного суждения, а от испытуемого в соответствии с инструкцией требуется выразить степень своего согласия с каждым из них. Для этого предлагается выбрать один из трех альтернативных ответа: «Всегда», «Иногда» или «Никогда». Пункты опросника были сформулированы на основании социальных, эмоциональных, поведенческих характеристиках личности. Утверждения были расставлены в случайном порядке. Это служило предотвращению установочного поведения испытуемых при заполнении опросника. Социальные характеристики были включены в пункты, раскрывающие отношение к врачу и предписанному лечению. Эмоциональные особенности находили своё отражение в утверждениях, касающихся реагирования личности на пропуск препаратов, назначенное лечение, изменения настроения при приёме препаратов, ощущения, испытываемые при проводимой терапии, восприимчивость к мнению врача. Поведенческие параметры рассматривались в утверждениях, которые выявляют поведенческие модели по отношению к терапии, врачам, лекарствам.

Таким образом, в ключ для обработки диагностических данных было заложено правило: каждому положительному ответу причисляется два балла, за каждый неопределённый ответ даётся 1 балл, за отрицательный ответ - ноль баллов. Сумма баллов, набранных испытуемым, говорит о его степени комплаентности. Чем выше эта сумма, тем выше степень комплаентности личности, тем больше он готов способствовать процессу лечения.

Далее следовала проверка конструктивной валидности опросника. *Конструктивная валидность* – это один из основных типов валидности, который отражает степень представленности в результатах диагностики исследуемого психического конструкта, т.е. однородной качественно своеобразной области психических явлений. Конструктивная валидность характеризует, насколько точно и полно методика измеряет то, что она призвана измерять, в какой степени и с какой глубиной она раскрывает содержание и специфику конкретных психических явлений. Когда говорят о проверке конструктивной валидности, речь фактически идет о соотношении

результатов тестирования с исходными теоретическими представлениями и дедуцированными из них следствиями. В качестве таких следствий могут выступать предположения о возрастной эволюции исследуемого психического явления, наличии или отсутствии связей с другими психическими явлениями. Поэтому на практике конструктивная валидность оценивается путем определения валидности по *возрастной дифференциации и конвергентной валидности*.

Валидность по возрастной дифференциации – это составляющая конструктивной валидности, которая отражает возрастную динамику изменений исследуемого психического конструкта комплаентности. Конвергентная валидность – это составляющая конструктивной валидности, которая определяется конвергенцией, т.е. наличием прямых и обратных связей, комплаентности с другими психическими явлениями. Противоположностью конвергентной выступает дискриминативная валидность – составляющая конструктивной валидности, которая определяется дивергенцией, т.е. отсутствием каких-либо связей комплаентности с другими психическими явлениями.

Валидность по возрастной дифференциации определялась посредством статистического анализа значимости различий в уровне выраженности комплаентности между разными возрастными группами. Выборка испытуемых, на которых производилась апробация методики представлена: пациентами с диагнозом инсулиннезависимый сахарный диабет (тип II) в возрасте от 40 до 60 лет женского и мужского пола, из них 9 мужчин и 21 женщина, и 30 здоровыми людьми в возрасте от 40 до 60 лет женского и мужского пола, из них 12 мужчин и 18 женщин; 30 пациентами с диагнозом хронический поверхностный гастрит в возрасте от 25-40 лет, из них 10 мужчин и 20 женщин, и 30 здоровыми людьми в возрасте от 25-40 лет, из них 14 мужчин и 16 женщин; 15 пожилыми людьми, находящимися в доме-интернате и 15 пожилыми людьми, живущими в семьях в возрасте от до лет, из них 8 мужчин и 22 женщины; 30 старшими подростками в возрасте от 15 до 17 лет, из них 13 юношей и 17 девушек (см. табл. 2).

Таблица 2 - Результаты оценки валидности возрастной дифференциации опросника «Уровень комплаентности» (методом межгрупповых сравнений)

Возраст исследуемых	Социальная комплаентность	Эмоциональная комплаентность	Поведенческая комплаентность	Общая комплаентность
60 и старше	29	28	27	82
40-60	22	25	21,5	68,5
15-20	18	17,5	15,5	48,5

Результаты сравнения групп показали (см. табл. 2), что наиболее выражены социальная эмоциональная и поведенческая комплаентность у пожилых людей, живущих в семьях и в доме-интернате. Второе место занимают люди в возрасте от 40 до 60 лет (к ним относятся пациенты с диагнозом поверхностный хронический гастрит и инсулиннезависимый сахарный диабет (тип II). Таким образом, следуя результатам исследования, можно утверждать, что уровень комплаентности соответствует реальной картине отношения людей к лечению у разных возрастных групп, когда старшее поколение более ответственно подходит к вопросам, касающимся своего здоровья, чем лица более молодого возраста.

Конвергентная валидность проверялась в ходе исследований, проводимых в 2012 – 2014 годах, на общей выборке 180 человек (болеющих различными заболеваниями и здоровыми), путем коррелирования результатов опросника «Уровень комплаентности» с результатами методики «Ценностные ориентации» (по М. Рокичу), направленной на изучение ценностно-мотивационной сферы человека, госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), предназначенной для скринингового выявления у личности тревоги и депрессии, опросника травматических событий (Life Experience Questionnaire, LEQ), методики «Шкалы психологического благополучия» (ШПБ), направленной на измерение как уровня психологического благополучия, так и на определение характера соотношения его компонентов, опросника SF-36 («SF-36 Health Status Survey»), направленного на оценку качества жизни человека, метода заданных ассоциаций, направленного на выявление возникающих у человека ассоциаций с понятиями, связанных с отношением к лечению. Результаты корреляционного анализа по шкалам методики «Уровень комплаентности» приведены в таблице 3.

Таблица 3. Результаты оценки конвергентной валидности опросника «Уровень комплаентности», шкала «Социальная комплаентность» (корреляционным методом)

Психологическая переменная	Объем выборки	R
Депрессия (HADS)	180	0,001
Тревога (HADS)	90	- 0,05
	90	- 0,005
Автономия (ШПБ)	180	0,007
Самопринятие (ШПБ)	180	0,01
Позитивные отношения с окружающими (ПБ)	90	0,02
	90	0,01
Цели в жизни (ШПБ)	180	- 0,05
Управление средой (ШПБ)	180	-0,04
Личностный рост (ШПБ)	180	-0,04
Социальное функционирование (SF-36)	180	0,005
Жизненная активность (SF-36)	120	0,01
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (SF-36)	180	0,006

Данные таблицы демонстрируют, что шкала «Социальная комплаентность», измеряемая с помощью опросника «Уровень комплаентности», положительно коррелирует с высоким уровнем депрессии, автономии и самопринятия, позитивным отношением с окружающими, социальным функционированием, жизненной активностью и ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием. С другой стороны, эта шкала отрицательно коррелирует, с такими показателями методик, как тревога, цели в жизни, управление средой и личностный рост. Что свидетельствует о том, что высокий уровень такой психологической переменной опросника, как «Социальная комплаентность» отражает стремление пациента вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него и нуждается в поддержке. Озабочен впечатлением, которое он производит на окружающих, в частности на врача, который воспринимается им как значимое лицо. В связи с этим стремится беспрекословно выполнять его рекомендации. Советуется с ним по поводу беспокойств и сомнений, возникающих в процессе лечения. Такой человек часто обеспокоен тем, что способен обременить кого-то лишними заботами из-за своей болезни. При этом низкий уровень психологической переменной опросника, как «Социальная

комплаентность» отражает независимость пациента, его ориентированность на собственные решения, он вряд ли станет советоваться с врачом, по поводу каких – то изменений в процессе лечения, он любой ситуации стремится иметь собственное мнение, часто не согласен с мнением врача, а иногда склонен вступить в открытые конфронтации.

Таблица 4. - Результаты оценки конвергентной валидности опросника «Уровень комплаентности», шкала «Эмоциональная комплаентность» (корреляционным методом)

Психологическая переменная	Объем выборки	Р
Депрессия (HADS)	90	- 0,02
	90	0,04
Тревога (HADS)	180	0,04
Позитивные отношения с окружающими (ШПБ)	180	- 0,04
Цели в жизни (ШПБ)	180	0,01
Управление средой (ШПБ)	180	- 0,02
Общее состояние здоровья (SF-36)	180	- 0,02
Социальное функционирование (SF-36)	180	0,02
Жизненная активность (SF-36)	180	- 0,02
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (SF-36)	180	0,003
Интенсивность боли (SF-36)	180	0,01

Данные таблицы демонстрируют, что шкала «Эмоциональная комплаентность», измеряемая с помощью опросника «Уровень комплаентности», положительно коррелирует с высоким уровнем депрессии, тревоги, цели в жизни, социальным функционированием, интенсивностью боли и рольным функционированием, обусловленным физическим состоянием. С другой стороны, эта шкала отрицательно коррелирует, с такими показателями методик, как депрессия (в одной из групп), позитивное отношение с окружающими, управлением средой, общим показателем здоровья и жизненной активностью. Что свидетельствует о том, что высокий уровень такой психологической переменной опросника, как «Эмоциональная комплаентность» отражает впечатлительность, импульсивность, чувствительность пациента. Пациент всячески готов способствовать процессу лечения, так как это приобретает для него истинную значимость. Он склонен излишне беспокоиться о послед-

ствиях или о возможных неудачах лечения, при этом своим долгом считает проконсультироваться с лечащим врачом и оповестить его о всех своих переживаниях. Наличие заболевания способствует частым переменам настроения, излишней тревожности, впечатлительности. При этом низкий уровень психологической переменной опросника, как «Эмоциональная комплаентность» отражает такие качества пациента, как эмоциональная зрелость, устойчивость и невозмутимость. Такой пациент ориентируется только на рациональные и логичные способы преодоления болезни. Как правило, подвергает сомнению врачебные рекомендации, находя их неразумными, никчемными и бесполезными. Сдержан, несентиментален, практичен, рассудителен, самоуверен. Склонен, недооценивать тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения.

Таблица 5. - Результаты оценки конвергентной валидности опросника «Уровень комплаентности», шкала «Поведенческая комплаентность» (корреляционным методом)

Психологическая переменная	Объем выборки	R
Тревога (HADS)	90	0,07
	90	- 0,005
Автономия (ШПБ)	180	0,03
Личностный рост (ШПБ)	180	-0,01
Самопринятие (ШПБ)	180	-0,03
Позитивные отношения с окружающими (ШПБ)	90	-0,05
	30	0,01
Социальное функционирование (SF-36)	180	0,007
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (SF-36)	180	-0,001
Жизненная активность (SF-36)	180	-0,003

Данные таблицы демонстрируют, что шкала «Поведенческая комплаентность», измеряемая с помощью опросника «Уровень комплаентности», положительно коррелирует с высоким уровнем тревоги, автономии и позитивным отношением с окружающими. С другой стороны, эта шкала отрицательно коррелирует, с такими показателями методик, как тревога (в одной из групп), личностным ростом, самопринятием, позитивным отношением с окружающими (в одной из групп), рольным функционированием, обусловлен-

ным физическим состоянием и жизненной активностью. Что свидетельствует о том, что высокий уровень такой психологической переменной опросника, как «Поведенческая комплаентность» отражает у пациента стремление к точному соблюдению врачебных рекомендаций направленных на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие. Такой пациент ориентирован на достижение цели в ситуации болезни - выздоровление, добросовестно выполняет рекомендации врача, соблюдает режим. Врача воспринимает как коллегу и надеется, на то, что вместе они смогут победить болезнь. При этом низкий уровень психологической переменной опросника, как «Поведенческая комплаентность» отражает такие качества пациента, как склонность к непостоянству, подверженность влиянию чувств, случая и обстоятельств, что отрицательно сказывается на эффективности лечения. Потворствует своим желаниям, не делает усилий по выполнению врачебных требований и рекомендаций. Неорганизован, безответствен, импульсивен.

Таблица 6. Результаты оценки конвергентной валидности опросника «Уровень комплаентности», шкала «Общая комплаентность» (корреляционным методом)

Психологическая переменная	Объем выборки	R
Самопринятие (ШПБ)	180	0,02
Позитивные отношения с окружающими (ШПБ)	180	0,04
Социальное функционирование (SF-36)	180	0,03

Данные представленные в таблице 6, демонстрируют, что шкала «Общая комплаентность», измеряемая с помощью опросника «Уровень комплаентности», указывают на то, что чем больше обнаруживается социальной активности, наличие близких, доверительных отношений с окружающими у испытуемых, признания своего личностного многообразия, тем выше уровень комплаентности в целом. Данные связи обусловлены тем, что высокая коммуникабельность и личностные качества таких людей обуславливает повышение их чувствительности к назначениям и предписаниям врача.

Так как методика новая и не имеет полноценных аналогов, то мы не можем провести исследование конструктивной валидности с помощью коррели-

рования с другими тестами. Для ее исследования мы использовали метод интервьюирования с врачом и родственниками исследуемого для получения связи между уровнем комплаентности, полученным с помощью теста, и фактическим уровнем отношения к лечению.

Оценка конструктивной валидности является развернутым во времени процессом и требует проведения серии психологических исследований, которые уточняют и углубляют представления о взаимосвязях исследуемого конструкта с другими психическими явлениями. Она производится по мере накопления разнообразной информации о возрастных, дифференциальных, патологических, гендерных, статусных и прочих различиях в исследуемом конструкте, по мере наращивания знаний о его влиянии на поведение и деятельность личности. Фактически конструктивная валидность методики верифицируется до тех пор, пока методику активно используют в качестве средства сбора эмпирического материала в научных исследованиях. Их результаты имеют двойственное значение: помимо решения собственных задач исследования, они служат перепроверке конструктивной валидности метода. В этой связи вопрос о конструктивной валидности опросника не является закрытым и может подниматься вновь и вновь по ходу систематизации результатов эмпирических исследований психической феноменологии, механизмов и закономерностей комплаентности.

Результаты исследования позволяют утверждать, что общий уровень комплаентности у людей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, в целом выше, чем у здоровых личностей. Из чего мы можем сделать вывод о том, что у подавляющего большинства людей с хроническими заболеваниями, не прошедших исследование, вероятнее всего, будут подобные результаты, а именно: уровень комплаентности у больных будет выше, чем у здоровых. Поскольку общих корреляционных связей для всех исследуемых групп выявлено не было, то можно предположить, что индивидуально-личностные характеристики, такие, как: уровень тревожности, приоритетность ценностей, уровень психологического благополучия и качества жизни, будут различными при каждом конкретном соматическом заболевании.

Проверка внешней валидности невозможно в связи с отсутствием методик, целью которых являлось бы исследование уровня комплаентности.

Проверка надежности производилась посредством метода повторного тестирования (ретестовая надежность), в двухнедельном интервале на выборке из 60 человек (39 женщин, 21 мужчина). Выборка для повторного тестирования состояла из испытуемых, участвовавших в первичном опросе. Коэффициент произведения моментов Пирсона, выступивший мерой устойчивости диагностических показателей, указывает на хорошую тест-ретестовую надежность опросника ($r = 0,98$).

В дальнейшем при практическом использовании и расширении выборки планируется проведение стандартизации опросника. В теории конструирования психологических тестов различают два аспекта стандартизации: во-первых, унификацию – приведение к единому стандарту инструкции, заданий, бланка ответов, технологии тестирования, калькуляции и интерпретации результатов; во-вторых, нормализацию – расчет тестовых норм, чаще всего оформленных в виде средних значений и стандартных отклонений, а также таблиц перекодирования «сырых» оценок в стандартную шкалу. Показатели стандартной шкалы выражают отличие индивидуального результата от среднего в единицах стандартного отклонения соответствующего распределения. Процедура нормализации опросника «Уровень комплаентности» преследовала цель выработки тестовых норм, которые отображают выполнение теста в выборке стандартизации. С помощью этих норм возможно сравнение первичных оценок («сырых» баллов) конкретного испытуемого с распределением оценок в нормативной выборке, чтобы узнать, какое место занимают результаты испытуемого в этом распределении. Тем самым нормы ориентируют психолога в распределении переменной в популяции, облегчают интраиндивидуальные и интериндивидуальные сравнения испытуемых по уровню комплаентности, делают результаты опросника сопоставимыми с другими тестами, первичные баллы которых трансформируются в ту же стандартную шкалу.

2.3. Порядок выполнения теста, обработки и интерпретации результатов

Методика предназначена для обследования как пациентов, страдающих хроническими заболеваниями (за исключением психически нездоровых, страдающих болезненными психическими нарушениями), так и здоровых индивидов, от 15 лет независимо от уровня и профиля полученного ими образования.

При проведении опроса необходимо соблюдать все общие правила, которое способствует созданию соответствующей атмосферы тестирования. Особенно необходимо, как и для всех личностных опросников, соблюдать принцип добровольности. Даже малейшее давление на тестируемого, значительно повышает возможность искажения результатов.

Испытуемому предъявляются стандартная инструкция, перечень вопросов и регистрационный бланк для фиксации ответов. Инструкция не предполагает временных ограничений для обдумывания ответов, но важно напомнить исследуемому, что желательно отвечать тем, что первым пришло в голову. Исследователю стоит оговориться, что не может быть принципиально «плохих» или «хороших» ответов, поскольку опросник не является пробой способностей, а нацелен на выявление индивидуального отношения испытуемого к лечению, что нейтрализует влияние эффекта социальной желательности на результаты обследования. Письменная инструкция настолько проста, что обычно не нуждается в дополнительном объяснении. В случае необходимости можно показать испытуемому способ записи ответов (в регистрационном бланке). Исследуемые должны заполнять опросник самостоятельно, не переговариваясь и не дискутируя содержание заданий и ответов между собой. Как показывает практика, на работу с опросником, включающего 66 утверждений, в среднем тратится 10 – 15 минут. Используя четко составленную инструкцию, испытуемые могут работать с опросником как в присутствии исследователя, так и заочно. Тем не менее, наблюдение за индивидом в процессе тестирования может повысить его мотивацию и предоставить экспериментатору информацию о его отношении к тесту и ситуации тестирования.

Если тест проводится в группе, то присутствие экспериментатора необходимо для того, чтобы он мог убедиться, что инструкция всем ясна, и чтобы испытуемые не дискутировали между собой и не оказывали влияние друг на друга.

Опросник обнаруживает высокую очевидную валидность при работе с такими возрастными контингентами, как взрослые и пожилые люди. Он пригоден и для обследования старших подростков (15 – 17 лет), которым уже свойственно серьезное отношение к собственному здоровью.

В очень редких случаях испытуемые старшего подросткового возраста демонстрировали ироничное и враждебное отношение к ситуации обследования, за чем, скорее всего, скрывается либо защитная мотивация и глобальное предубеждение в отношении психологической диагностики, либо ретардация психического развития, дисгармония хронологического и психического возраста. При тестировании лиц старшего подросткового возраста рекомендуется более тщательно разъяснять цель методики, подробнее аргументировать важность вопросов отношения к лечению и, в частности, влияния этого отношения на эффективность результатов лечения. Пункты опросника не нагружены научной терминологией, сформулированы без терминологических изощрений, что делает их доступными для осмысления любым психически полноценным индивидом.

Опросник «Уровень комплаентности» может использоваться как в исследовательских, так и в диагностических целях. При обработке результатов недействительными считаются такие пункты опросника, которые оставлены испытуемым без ответа или в которых отмечены два и более вариантов ответа. Если количество недействительных пунктов превысит 5 % от общего объема опросника (5 и более – для исследовательской версии, 3 и более – для диагностической версии), то результаты диагностики в целом нельзя признать достоверными.

Опросник «Уровень комплаентности» ориентирован на выявление уровня комплаентности, которая в свою очередь представлена тремя составляющими:

– социальная комплаентность – стремление соответствовать предписаниям врача обусловленное ориентацией на социальное одобрение.

– эмоциональная комплаентность – склонность к соблюдению врачебных рекомендаций обусловленное повышенной впечатлительностью и чувствительностью.

– поведенческая комплаентность – стремление к точному соблюдению врачебных рекомендаций направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие.

При составлении опросника использовались следующие принципы:

– вопрос может относиться только к одному виду комплаентного поведения

– вопросы формулируются таким образом, чтобы в наибольшей степени ослабить влияние общественного одобрения ответа на вопрос.

Опросник состоит из 66 вопросов, на которые испытуемый отвечает «всегда», «иногда» или «никогда» (Приложение Б).

После того, как испытуемый оценит себя, подсчитываются баллы по 3-м вариантам проявления своего комплаентного поведения. Для этого используется «Ключ», с помощью которого подсчитываются баллы по каждому виду комплаентного поведения:

За каждый положительный ответ, соответствующий ключу, начисляется – 2 балла.

За каждый отрицательный ответ – 0 баллов.

За неопределенный ответ – 1 балл.

Общее количество баллов, набранное как по исследовательской, так и по диагностической версии опросника «Уровень комплаентности», характеризует общий уровень комплаентности, а также составляющие общего уровня: социальную комплаентность; эмоциональную комплаентность; поведенческую комплаентность. Чем выше эти показатели, тем сильнее, устойчивее и глубже комплаентность личности.

Суммарный показатель по каждому из параметров:

от 0 до 15 – не выраженный показатель комплаентного поведения.

от 16 до 29 баллов - средне-выраженный показатель комплаентного поведения.

от 30 до 40 балла – значительно выраженный показатель комплаентного поведения.

Общая комплаентность представлена суммой всех показателей комплаентного поведения и выражается, следующим образом:

от 0 до 40 – низкий уровень комплаентности.

от 41 до 80 – средний уровень комплаентности.

от 81 до 120 – высокий уровень комплаентности.

Высокие баллы, полученные в ходе диагностики с помощью опросника (общая комплаентность), указывают на высокий уровень комплаентности и специфическое отношение человека к предлагаемому врачом лечению. Для такого человека характерно, стремление вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него. Он озабочен впечатлением, которое он производит на окружающих, в частности на врача, который воспринимается им как значимое лицо. В связи с этим стремится беспрекословно выполнять его рекомендации. Советуется с ним по поводу беспокойств и сомнений, возникающих в процессе лечения. Такой больной часто обеспокоен тем, что способен обременить кого-то лишними заботами из-за своей болезни. Он впечатлителен, импульсивен, чувствителен. Для него картина мира представлена таким образом, что если дело доходит до врача, то «это уже серьезно!». Он всячески готов способствовать процессу лечения, так как это приобретает для него истинную значимость. Он склонен излишне беспокоиться о последствиях или о возможных неудачах лечения, при этом своим долгом считает проконсультироваться с лечащим врачом и оповестить его о всех своих переживаниях. Так как врач принимает эмоциональную значимость для пациента, он стремится к точному и беспрекословному выполнению всех его рекомендаций. Пациент готов, не смотря ни на что, справиться с болезнью. Ориентирован на достижение цели в ситуации болезни – выздоровление, добросовестно выполняет рекомендации врача, соблюдает режим. Врача воспринимает как коллегу и надеется, на то, что вместе они смогут победить болезнь.

Низкие баллы по результатам исследования (общая комплаентность) указывают на низкий уровень комплаентности. Такой пациент независим, ориентирован на собственные решения, вряд ли станет советоваться с врачом, по поводу каких – то изменений в процессе лечения; В любой ситуации стремится иметь собственное мнение, часто не согласен с мнением врача, а иногда склонен вступать в открытые конфронтации. Стремится в любой ситуации доказать свою точку зрения, считая ее единственно верной. Эмоционально зрелый, устойчивый, невозмутимый. Ориентируется только на рациональные и логичные способы преодоления болезни. Как правило, подвергает сомнению врачебные рекомендации, находя их неразумными, никчемными и бесполезными. Сдержан, несентиментален, практичен, рассудителен, самоуверен. Склонен недооценивать тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения. Пренебрегает некоторыми аспектами лечения, рекомендованного врачом. Может отказаться от посещения важных процедур и изменения режима дня. Потворствует своим желаниям, не делает усилий по выполнению врачебных требований и рекомендаций.

Напоследок необходимо еще раз подчеркнуть, что опросник «Уровень комплаентности» является специализированным инструментом для анализа отношения личности к лечению. Психологу, применяющему опросник в своей профессиональной деятельности, всегда следует помнить, что комплаентность – это не просто отношение к лечению. За этим понятием скрывается качественно своеобразная картина внутренних переживаний человека по поводу своего здоровья, выраженных в качественно своеобразном рисунке поведения, деятельности и жизнедеятельности в целом.

ГЛАВА 3.

АНАЛИЗ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ДАННЫХ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ

Комплаентность представлена тремя видами – это поведенческая комплаентность, эмоциональная комплаентность и социальная комплаентность.

Таблица 7. Уровень комплаентности у пациентов с диагнозом поверхностный гастрит

Уровень	Социальная комплаентность	Эмоциональная комплаентность	Поведенческая комплаентность	Общая комплаентность
Низкий	3,3 %	0 %	0 %	0 %
Средний	26,6 %	30 %	53,3 %	10 %
Высокий	70 %	70 %	46,6 %	90 %

При оценке уровня комплаентности у пациентов с диагнозом поверхностный гастрит было выявлено, что у них выражен показатель эмоциональной и социальной комплаентности (таблица 7), свидетельствующий о том, что для данной группы пациентов преимущественно характерна впечатлительность, импульсивность, чувствительность, картина мира для них представлена таким образом, что если дело доходит до врача, то «это уже серьезно!», они всячески готовы способствовать процессу лечения, так как это приобретает для них истинную значимость. Для них преимущественно характерно стремление вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него. Такие пациенты озабочены впечатлением, которое они производят на окружающих, в частности на врача, который воспринимается ими как значимое лицо.

Для пациентов с данным диагнозом свойственен средне - выраженный показатель поведенческой комплаентности, из чего следует, что для испытуемых характерна неопределенная поведенческая позиция, они благоразумны, осторожны, рассудительны, склонны к озабоченности, беспокойству о будущем, пессимистично относятся к результатам лечения, сдержаны в проявлении эмоций, не всегда готовы идти на риск, связанный с лечением их за-

болевания, так как не уверены в положительном результате. Однако уверены в том, что самостоятельно преодолеть болезнь они не в состоянии.

Пациентам с диагнозом поверхностный гастрит свойственен высокий уровень общей комплаентности. Из чего можно сделать вывод о том, что представители этой категории больных стремятся вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него, озабочены впечатлением, которое они производят на окружающих, в частности на врача, который воспринимается им как значимое лицо. В связи с этим испытуемые стремятся беспрекословно выполнять его рекомендации. Наличие высокого уровня комплаентности указывает на наличие хронического заболевания у данной категории людей и ответственное отношение к своему здоровью.

Таблица 8 - Уровень комплаентности у пациентов с диагнозом сахарный диабет (тип II)

Уровень	Социальная комплаентность	Эмоциональная комплаентность	Поведенческая комплаентность	Общая комплаентность
Низкий	0 %	3,3 %	10 %	0 %
Средний	76,6 %	46,6 %	73,3 %	63,3 %
Высокий	23,3 %	50 %	16,6 %	36,6 %

Анализируя данные об уровне комплаентности пациентов с диагнозом сахарный диабет (тип II), можно сделать вывод о выраженном показателе эмоциональной комплаентности (таблица 8), свойственной данной категории больных. Это говорит о том, что для испытуемых характерна впечатлительность, импульсивность, чувствительность, они склонны излишне беспокоиться о последствиях или о возможных неудачах лечения, при этом своим долгом считают проконсультироваться с лечащим врачом и оповестить его о всех своих переживаниях. Наличие заболевания способствует частым переменам настроения таких больных, излишней тревожности, впечатлительности.

Для пациентов, страдающих сахарным диабетом, типичен средневыраженный показатель поведенческой и социальной комплаентности, свидетельствующий том, что таким пациентам характерна неопределенная поведенческая позиция. Они благоразумны, осторожны, рассудительны, склонны

к озабоченности, беспокойству о будущем, пессимистично относятся к результатам лечения, сдержаны в проявлении эмоций. Им характерна неопределенная социальная позиция. С одной стороны пациенты привержены лечению, с другой – отрицают его необходимость.

Общий уровень комплаентности пациентов с сахарным диабетом – средний, проявляющийся в склонности недооценивать всей значимости и важности собственного заболевания, что может привести к неполному и некачественному выполнению врачебных предписаний. Это объясняется принятием своего заболевания, приспособлением к нему и, соответственно, снижением страха перед болезнью.

Таблица 9. Уровень комплаентности у пожилых людей, живущих в доме-интернате

Уровень	Социальная комплаентность	Эмоциональная комплаентность	Поведенческая комплаентность	Общая комплаентность
Низкий	50 %	63,3 %	70 %	36,6 %
Средний	50 %	36,6 %	30 %	63,3 %
Высокий	0 %	0 %	0 %	0 %

В процессе анализа и интерпретации данных об уровне комплаентности пожилых людей, находящихся в доме-интернате, были выявлены средневыраженные показатели эмоциональной, поведенческой и социальной комплаентности (таблица 9). Из чего следует, что пожилые люди имеют неопределенную социальную позицию. Они эмоционально-неустойчивы, привыкли действовать по ситуации. Это люди настроения, иногда склонны соблюдать предписанные врачом рекомендации, иногда сомневаются в необходимости такого лечения.

Общим уровнем комплаентности, выявляющимся у пожилых людей из дома-интерната, является средний, что характеризуется склонностью к озабоченности, беспокойству о будущем. Они уверены в том, что самостоятельно преодолеть болезнь они не в состоянии. Не стремятся точно соблюдать режим, так как постоянно сомневаются в его необходимости. Этот факт можно объяснить угнетённостью и протестом к назначениям врача, выполнение которых в условиях дома-интерната являются обязательным.

Опираясь на результаты об уровне комплаентности людей без диагноза поверхностный гастрит, можно отметить, что для них типичен невыраженный показатель поведенческой, эмоциональной и социальной комплаентности (таблица 10). Это указывает на то, что для испытуемых свойственна независимость, ориентированность на собственные решения, стремление в любой ситуации иметь собственное мнение, а иногда склонность вступать в открытые конфронтации. Представители, вошедшие в данную группу, ориентируется только на рациональные и логичные способы преодоления болезни. Как правило, подвергают сомнению врачебные рекомендации, находя их неразумными, никчемными и бесполезными. Для испытуемых характерна склонность к непостоянству, подверженность влиянию чувств, случая и обстоятельств, что отрицательно сказывается на эффективности лечения.

Таблица 10 - Уровень комплаентности у исследуемых без диагноза поверхностный гастрит

Уровень	Социальная комплаентность	Эмоциональная комплаентность	Поведенческая комплаентность	Общая комплаентность
Низкий	80 %	70 %	70 %	66,6 %
Средний	20 %	30 %	30 %	33,3 %
Высокий	0 %	0 %	0 %	0 %

В данной группе выявлен низкий уровень комплаентности. Исходя из этого, можно отметить, что испытуемые, как правило, подвергает сомнению врачебные рекомендации, находя их неразумными, никчемными и бесполезными, сдержаны, практичны, рассудительны, самоуверенны, склонны недооценивать тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения, пренебрегают некоторыми аспектами лечения, рекомендованного врачом. Это объясняется отсутствием хронического заболевания, а также сравнительно молодым возрастом.

Таблица 11. Уровень комплаентности у исследуемых без диагноза сахарный диабет

Уровень	Социальная комплаентность	Эмоциональная комплаентность	Поведенческая комплаентность	Общая комплаентность
Низкий	10 %	3,3 %	20 %	6,67 %
Средний	86,6 %	76,6 %	80 %	76,6 %
Высокий	3,3 %	20 %	0 %	16,6 %

Свойственна неопределенная поведенческая позиция. Люди из данной категории благоразумны, осторожны, рассудительны, склонны к озабоченности, беспокойству о будущем, пессимистично относятся к результатам лечения, сдержаны в проявлении эмоций. Не всегда готовы идти на риск, связанный с лечением его заболевания, так как не уверены в положительном результате. Им характерна неопределенная социальная позиция. С одной стороны пациенты привержены лечению, с другой отрицают ее необходимость.

Для представителей данной группы характерен средний уровень комплаентности, определяющийся склонностью к озабоченности, беспокойству о будущем, пессимистичным отношением к результатам лечения, сдержанностью в проявлении эмоций, редкой готовностью идти на риск, связанный с лечением заболевания, так как нет уверенности в положительном результате. Данный факт, возможно, обуславливается отсутствием хронического заболевания, но зрелым возрастом и более глубоким осознанием ценности своего здоровья.

Таблица 12. Уровень комплаентности у пожилых людей, живущих в семьях

Уровень	Социальная комплаентность	Эмоциональная комплаентность	Поведенческая комплаентность	Общая комплаентность
Низкий	0 %	3,3 %	0 %	0 %
Средний	66,6 %	73,3 %	76,6 %	40 %
Высокий	33,3 %	23,3 %	23,3 %	60 %

В ходе анализа результатов у пожилых людей, живущих в семьях, были выявлены средне-выраженные уровни социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности (таблица 12). На основании чего можно предположить, что испытуемым свойственна неопределенная социальная позиция, они привыкли действовать по ситуации. С одной стороны они привержены лечению, с другой отрицают ее необходимость.

Типичным проявлением является эмоциональная неустойчивость. Пожилые люди из контрольной группы иногда они склонны соблюдать предписанные врачом рекомендации, иногда сомневаются в необходимости такого лечения. Они не всегда готовы идти на риск, связанный с лечением его заболевания, так как не уверены в положительном результате, однако уверены в

том, что самостоятельно преодолеть болезнь они не в состоянии, не стремятся точно соблюдать режим, так как сомневаются в его необходимости.

В целом для пожилых людей, живущих в семьях, характерен высокий уровень комплаентности. Они стремятся вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него, советуется с ним по поводу беспокойств и сомнений, возникающих в процессе лечения. Они часто обеспокоены тем, что способны обременить кого-то лишними заботами из-за своей болезни. Впечатлительны, импульсивны, чувствительны. Они всячески готовы способствовать процессу лечения, так как это приобретает для них истинную значимость. Это объясняется приобретённой ценностью здоровья, которая сложилась в течение жизни. Пожилые люди оценивают его важность и значимость и, соответственно, склонны прислушиваться и выполнять врачебные назначения.

Таблица 13. Уровень комплаентности у подростков

Уровень	Социальная комплаентность	Эмоциональная комплаентность	Поведенческая комплаентность	Общая комплаентность
Низкий	30 %	36,67 %	50 %	20 %
Средний	70 %	56,67 %	50 %	73,33 %
Высокий	0 %	6,67 %	0 %	6,67 %

В ходе анализа результатов мы обнаружили, что средне-выраженным показателем в группе подростков (таблица 13) является социальная и эмоциональная комплаентность, что может указывать на наличие неопределённой социальной позиции у преобладающего числа испытуемых и на их склонность действовать по ситуации. То есть, с одной стороны подростки привержены лечению, а с другой склонны отрицать его необходимость, что зависит от их социального окружения и личной выгоды. Подростки подвластны настроению, иногда склонны соблюдать предписанные врачом рекомендации, иногда сомневаются в необходимости такого лечения. Отмечается невыраженный показатель поведенческой комплаентности, свидетельствующий о том, что для подростков характерна склонность к непостоянству, подверженность влиянию чувств, случая и обстоятельств, что отрицательно сказывается на эффективности лечения.

У большинства испытуемых регистрируется средний уровень комплаентности. На основании чего, можно предположить, что для подростков ха-

рактерна неопределенная позиция по отношению к лечению, они склонны недооценивать всей значимости и важности собственного заболевания, что может привести к неполному и некачественному выполнению врачебных предписаний.

Таблица 14. Результаты по опроснику «Уровень комплаентности» у исследуемых без хронического заболевания

Уровень	Социальная комплаентность	Эмоциональная комплаентность	Поведенческая комплаентность	Общая комплаентность
Низкий	80 %	70 %	70 %	66,67%
Средний	20%	30 %	30 %	33,33%
Высокий	0 %	0 %	0 %	0 %

Опираясь на результаты об уровне комплаентности людей без диагноза поверхностный гастрит, можно отметить, что для них типичен невыраженный показатель поведенческой, эмоциональной и социальной комплаентности (таблица 14). Это указывает на то, что для испытуемых свойственна независимость, ориентированность на собственные решения, стремление в любой ситуации иметь собственное мнение, а иногда склонность вступать в открытые конфронтации. Представители, вошедшие в данную группу, ориентируется только на рациональные и логичные способы преодоления болезни. Как правило, подвергают сомнению врачебные рекомендации, находя их неразумными, никчемными и бесполезными. Для испытуемых характерна склонность к непостоянству, подверженность влиянию чувств, случая и обстоятельств, что отрицательно сказывается на эффективности лечения.

В данной группе выявлен низкий уровень комплаентности. Исходя из этого, можно отметить, что испытуемые, как правило, подвергает сомнению врачебные рекомендации, находя их неразумными, никчемными и бесполезными, сдержаны, практичны, рассудительны, самоуверенны, склонны недооценивать тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения, пренебрегают некоторыми аспектами лечения, рекомендованного врачом.

Итак, у представителей групп с различными заболеваниями и без не выявлено общего характерного уровня комплаентности. Значимое различие в высоком уровне комплаентности выявлено у больных поверхностным гастритом и у пожилых людей, живущих в семьях ($p < 0,001$). Средний уровень

комплаентности обнаружен у пациентов, страдающих сахарным диабетом, исследуемых без диагноза сахарный диабет и пожилых людей, живущих в доме-интернате. Наиболее значимое различие в данных группах выявляется в социальной комплаентности ($p < 0,02$). Низкий уровень комплаентности обнаружен у пожилых людей и у людей, не страдающих хроническими заболеваниями ($p < 0,001$).

Таким образом, в ходе обработки, анализа и интерпретации результатов, можно сделать вывод о том, что для исследуемых, вошедших в группу с различными заболеваниями, а именно: пациентов с диагнозом поверхностный хронический гастрит, пациентов с диагнозом инсулиннезависимый сахарный диабет (тип II), пожилых людей, живущих в доме-интернате, характерны следующие личностные особенности. Из ценностей преобладают: здоровье, счастливая семейная жизнь, интересная работа; высокие запросы и притязания, непримиримость к недостаткам других людей, жизнерадостность, аккуратность, воспитанность, честность, самоконтроль. Выявлен субклинический и клинически выраженный уровень тревоги, а также субклинически выраженная депрессия. Выраженным представляется самопринятие, преобладают позитивные отношения с окружающими, снижен уровень управления средой, обнаружен низкий уровень общего состояния здоровья. Наиболее значимыми травматическими событиями явились: физические травмы, травмы и смерти близких людей, известия о болезни или смерти близких, заболевания, а также разводы, экономические нужды и физические лишения. Преимущественно проявляется средний уровень общей комплаентности, характеризующийся склонностью к озабоченности, беспокойству о будущем, уверенностью в том, что самостоятельно преодолеть болезнь они не в состоянии. Не стремятся точно соблюдать режим, так как постоянно сомневаются в его необходимости. Выявлена промежуточная позиция по отношению к врачебным назначениям и в следовании лекарственной терапии. В основном выявлен средний уровень поведенческой и социальной комплаентности, а также высокий уровень эмоциональной комплаентности.

Для людей из группы не имеющих заболеваний, в которые вошли: исследуемые без диагноза хронического заболевания, подростки и пожилые люди, живущие в семьях, свойственны следующие личностные особенности. Среди ценностей наиболее выраженными являются: интересная работа, сча-

стливая семейная жизнь, здоровье, любовь, жизненная мудрость; аккуратность, высокие запросы и притязания, ответственность, честность, воспитанность. Регистрируется субклинический уровень тревоги и отсутствие симптомов депрессии (без выраженных проявлений). Преобладают позитивные отношения с окружающими, отмечается более высокая оценка состояния своего здоровья, чем у представителей экспериментальной группы, характерна выраженная автономия и самопринятие. Выявлены низкий, средний и высокий уровни комплаентности и, соответственно, активная, пассивная и промежуточная позиция в отношении медикаментозной терапии у разных подгрупп. В общем, выявлен средний уровень социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности.

Итак, опросник «Уровень комплаентности» является надёжным, то есть устойчивым к действию посторонних случайных факторов, а также валидным (на это указывают полученные в результате исследования статистические данные).

Опросник «Уровень комплаентности» выявляет степень соответствия между рекомендациями, полученными от врача и выполнением ими людьми. При этом наблюдаются возрастные различия в уровне комплаентности, что еще раз подчёркивает тот факт, что, чем старше человек, тем более ответственно его отношение к своему здоровью и лечению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, в последнее время проблема комплаентности обретает все большую значимость в связи с ростом количества хронических соматических заболеваний. Результатами низкой комплаентности в терапевтической практике часто становятся такие проблемы, как: значительное снижение эффективности терапии, потеря драгоценного времени, развитие характерных осложнений заболевания, неоправданно часто изменения врачом терапевтической тактики, что приводит к хаотичности лечения и полипрогмазии. Но самое главное, что это приводит к обострению взаимного непонимания между врачом и больным, к потере интереса врача к больному и к снижению доверия больного к медицине вообще и к конкретному врачу в частности, что наименее благоприятным образом сказывается на проблеме приверженности терапии.

В большинстве своем понятие комплаентности рассматривается в медицинской литературе, где практически не учитывается его психологическая основа. Поэтому необходимо рассматривать феномен комплаентности комплексно через факторы, оказывающие большое влияние на приверженность личности лечению. К ним относятся: социальные (отношения между врачом и пациентом, микросоциальная среда - семья, соседи по дому/палата, друзья), психологические (ВКБ, личностные особенности), терапевтические (продолжительность лечения, побочные эффекты лечения, режим приёма препаратов), клинические (субъективно значимая симптоматика, характер течения заболевания). Так как, не выявлено универсального фактора, лежащего в основе феномена комплаентности, необходимо проводить эмпирическое исследование в клинической психологии с учетом личностного компонента с включением в методический комплекс личностных опросников. Таким необходимым и надежным опросником, является опросник «Уровень комплаентности».

Исходя из результатов научного исследования представленного в монографии, составлены рекомендации общего характера, которые могут быть использованы как в практике врачей и психологов, так и пациентами самостоятельно.

Практические рекомендации:

1. Необходимо выявлять у пациентов, страдающих соматическими заболеваниями, в частности сахарный диабет, хронический гастрит, бронхиальная астма и проч., низкий уровень комплаентности на первых этапах терапии. Для этого рекомендуется применять установленные в работе дифференциально-диагностические критерии.

2. В программу лечения целесообразно будет включить беседу, где больной сможет получить информацию о необходимости, структуре и качестве назначаемого лечения, с учетом его индивидуального типа восприятия реальности. Также проводить лекции и групповые упражнения на данную тему.

3. Основными направлениями психологической помощи, направленной на повышение комплаентности, является:

- работа с эмоциональными компонентами;
- работа с ближайшим окружением личности (семья, друзья);
- работа, направленная на формирование активной позиции по отношению к здоровью;
- стимулирование людей на поддержание здорового образа жизни;
- формирование активной позиции, направленной на преодоление заболевания

- профессиональная пропаганда медицинских знаний среди больших масс населения путем использования всего арсенала коммуникаций, в том числе и индивидуальной разъяснительной работы с людьми

Критической точкой в процессе терапии большинство пациентов считают переход от госпитального этапа лечения к амбулаторному, т. е. пациенты не довольны процессом выписки из стационара и не всегда чётко понимают, какие меры им обязательно предпринимать дальше, несмотря на выдаваемую выписку пациенту.

Следовательно, можно предположить, что наиболее приемлемыми для пациента будут рекомендации, выдаваемые при выписке из стационара, и включающие информацию о лечении конкретного пациента, но обязательно с учетом мотивации и ожиданий с его стороны.

Наиболее эффективными являются программы информирования, направленные на повышение комплаентности, направленные на повышение

клинической осведомленности семьи пациента и улучшения качества жизни. Для осуществления этой деятельности требуются информационные телефонные линии и веб-сайты, распространение популярной литературы, создание обществ и школ.

Со стороны психолога обоснованным направлением повышения комплаентности является консультирование, которое позволит выявить факторы, отрицательно влияющие на следование врачебным рекомендациям, предоставить необходимую информацию, обозначить конкретные цели терапии, обсудить отношение семьи человека к планируемому лечению, сомнения и опасения по этому поводу, а также оценить готовность к терапии. Только после осознания важности терапии, выполнения всех назначений и рекомендаций врача возможно полноценное взаимодействие личности и его ближайшего окружения с медициной.

Необходимо создавать и удерживать мотивацию к лечению в течение длительного времени. Это задача, которая может быть решена при условии комплексной работы учреждений здравоохранения, образовательной и социальной сферы, а главное, ближайшего окружения пациента — его семьи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Банщикова, Ф.Р.* Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы [Текст] /Ф.Р. Банщикова //Обозрение психиатрии и мед. психологии.— 2006.— № 4.— С. 9–11.
2. *Безносок, Е.В., Соколова, Е.Д.* Механизмы психологической защиты [Текст] /Е.В. Безносок, Е.Д. Соколова //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т. 97 – № 2. – С. 44-48.
3. *Ведерникова, С.Л.* Распространенность и структура заболеваний почек у пациентов по данным амбулаторно-поликлинического приема [Текст] / С.Л. Ведерникова, Н.В. Сайгак, А.В. Алехнович //Нефрология и диализ – 2010. – № 2(12). – С. 21–27.
4. *Власова, Я.Ф.* Особенности внутренней картины болезни при артериальной гипертензии в зависимости от приверженности к антигипертензивному лечению [Текст] / Я.Ф. Власова. – Ульяновск. – 2001. – С. 3-5.
5. *Галявич, А.С., Давыдов, С.В.* Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью [Текст] / А.С. Галявич, С.В. Давыдов // Казанский медицинский журнал. – 2001. – № 3. – С. 198-202
6. *Гуревич, К.М.* Надёжность психологических тестов [Текст] / К.М. Гуревич // Психологическая диагностика, ее проблемы и методы. – М. – 1975. – С. 162–176.
7. *Гуревич, К.М.* Статистика – аппарат доказательства психологической диагностики [Текст] / К.М. Гуревич // Проблемы психологической диагностики. – Таллинн. – 1977. – С. 206–225.
8. *Гуревич, К.М., Борисова Е.М.* Психологическая диагностика: учебное пособие [Текст] / К.М. Гуревич, Е.М. Борисова — М.: Изд-во УРАО, Коллектив авторов. – 1997. – С. 2–12.
9. *Горланов, И.А., Микиртичан, Г.Л., Заславский, Д.В., Каурова, Т.В., Мурашкин Н.Н.* Клинико-социологические проблемы комплаентности в детской дерматологии [Текст] / И.А. Горланов, Г.Л. Микиртичан, Д.В. Заславский, Т.В. Каурова, Н.Н. Мурашкин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 1. – С. 36-40
10. *Данилов, Д.С.* Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) [Текст] / Д.С. Данилов //Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10 – № 1 – С. 13–20.
11. *Данилов, Д.С.* Механизмы формирования комплаенса и современные подходы к его оптимизации [Текст] / Д.С. Данилов // Российские медицинские вести. – 2008. – № 3. – С. 11–24
12. *Деларю, В.В., Юдин, С.А., Борзенко, А.С.* Комплаентность больных туберкулезом лиц (по данным компаративного анализа) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 4 (21). – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 18.05.2014)

13. *Елфимова, Е.В.* Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность [Текст] / Е.В. Елфимова, М.А. Елфимов // Заместитель главного врача. – 2009. – № 11. – С. 18–25.
14. *Залевский, Г.В.* К проблеме предмета и рамочных моделей современной клинической психологии [Текст] / Г.В. Залевский // Сибирский психологический журнал. – 2006. – Вып. 23. – С. 6–12.
15. *Залевский, Г.В.* Антропос – «человек, устремленный ввысь» (целостноценностная парадигма в контексте антропологической психологии) [Электронный ресурс] / Г.В. Залевский // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 1 (18)
16. *Залевский, Г.В., Залевский, В.Г., Кузьмина Ю.В.* Антропологическая психология: биопсихосоционэтическая модель развития личности и ее здоровья [Текст] / Г.В. Залевский, В.Г. Залевский, Ю.В. Кузьмина // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 33. – С. 99–103.
17. *Кабанов, М.М.* Охрана психического здоровья и проблема стигматизации и комплаенса [Текст] / М.М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. — 1997. — № 4. — С. 58–62.
18. *Клейнман, А.М.* Нарративы болезни: страдание, лечение и человеческое состояние [Текст] / А.М. Клейнман. – СПб.: Питер, 1990. – С. 35–40
19. *Клиническая психология. Словарь* [Текст] / под ред. Н.Д. Твороговой // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь: В 6 т. / ред.-сост. Л.А. Карпенко; под общ. ред. А.В. Петровского. – М.: ПЕР СЭ, 2007. — 416 с.
20. *Конради, А.О. Полуничева, Е.В.* Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции [Текст] / А.О. Конради, Е.В. Полуничева // Артериальная гипертензия. – 2004. – Т. 10 – № 3 – С. 137–143.
21. *Коркина, М.В., Цивилько, М.А., Кисляк, О.А., Бухарева С.В.* Выраженность алекситимии и уровень комплаенса у больных, перенесших инфаркт миокарда [Текст] / М.В. Коркина, М.А. Цивилько, О.А. Кисляк, С.В. Бухарева // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – С. 28–34.
22. *Коц Я.И., Митрофанова, И.С.* Комплаентность как фактор повышения эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью [Текст] / Я.И. Коц, И.С. Митрофанова // Российский медицинский журнал. – 2007. – № 4 – С. 4–7.
23. *Котов, А.С.* Комплаентность у больных эпилепсией [Текст] / А.С. Котов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – № 11. – С. 46 – 48.
24. *Крис, А.* Свободные ассоциации: метод и процесс [Текст] / А. Крис. – М., 2007. – С.13–15.
25. *Леонтьев, Д.А.* Методика изучения ценностных ориентации [Текст] / Д.А. Леонтьев. — М.: «Смысл», 1992.
26. *Лепешинский, Н.Н.* Адаптация опросника Шкалы психологического благополучия К. Рифф [Текст] / Н.Н. Лепешинский // Психологический журнал. – 2007. – № 3(15). – С. 24–27.

27. *Лурия, Р.А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания [Текст] / Р.А. Лурия – М.: «Медицина», 1977. – С. 115–118
28. *Лутова, Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д.* Комплаенс в психиатрии и способ его оценки [Текст] / Н.Б. Лутова, Н.Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10. – № 1. – С. 8–12.
29. *Любов, Е.Б.* Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике [Текст] / Е.Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – С. 89–101
30. *Маслак, Е.Е., Куюмджиди, Н.В., Каменнова Е.Н.* Грудное вскармливание, комплаентность родителей и развитие кариеса зубов у детей раннего возраста [Электронный ресурс] / Е.Е. Маслак, Н.В. Куюмджиди, Е.Н. Каменнова. <http://volgostom.ru>. (Дата обращения: 06.11.2013.)
31. *Менделевич, В.Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство [Текст] / В.Д. Менделевич – М.: «МЕДпресс», 1988. – С. 592
32. *Морозова, М.А., Рубашкина, В.В., Бурминский, Д.С., Бениашвили, А.Г.* Динамика качества комплаентности у больных шизофренией в ходе длительного сравнительного исследования атипичных и типичных антипсихотиков [Текст] / М.А. Морозова, В.В. Рубашкина и др. // Психиатрия – 2007 – С. 15–25.
33. *Наследов, А.Д.* SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках [Текст] / А.Д. Наследов. – СПб.: Питер, 2005.
34. *Наследов, А.Д.* Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учебное пособие. 3-е изд., стереотип. [Текст] / А.Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2007.
35. *Наумова, Е.А., Шварц, Ю.Г.* Выполнение больными врачебных назначений: эффективны ли вмешательства, направленные на улучшение этого показателя [Текст] / Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц //Международный журнал медицинской практики. – 2006. – С. 48–60.
36. *Незнанов, Н.Г., Вид, В.Д.* Проблема комплаенса в клинической психиатрии [Текст] / Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия – 2004. – Т. 6 – № 4. – С. 213–214.
37. *Николаева, В.В.* Влияние хронической болезни на психику [Текст] / В.В. Николаева. – М.: МГУ, 1987.
38. Оценка факторов комплаентности психически больных и влияние на них коморбидных расстройств: методические рекомендации [Текст]. – СПб: ФГБУ СПб НИПНИ В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения и социального развития РФ, 2012.
39. *Оганов, Р.Г. Гиляревский, С.Р.* Как улучшить приверженность к лечению пациента с артериальной гипертензией [Текст] / Р.Г. Оганов, С.Р. Гиляревский // Здоровье Украины. – 2008. – № 9. – С. 47–49.
40. *Петленко, В.П.* Мудрость взаимности [Текст] / В.П. Петленко – Л.: Лениздат, 1989.

41. *Пилевина, Ю.В.* Психосоматические особенности и комплаентность у пациентов хронической сердечной недостаточностью [Текст]: автореферат дисс. ... к-та мед. наук / Ю.В. Пилевина – СПб: СПбГУ, 2012.
42. *Пилипцевич, Н.Н., Пилипцевич, А.Н., Короед, Е.Д., Павлович, Т.П.* Взаимодействие врача и пациента - высокое искусство в достижении здоровья [Текст] / Н.Н. Пилипцевич, А.Н. Пилипцевич // Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2003. – № 3 – С. 43–47.
43. *Пилотович, В.С.* Хроническая болезнь почек: методы заместительной почечной терапии [Текст] / В.С. Пилотович – М.: Медицинская литература, 2009.
44. *Писарев, Д.И.* Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии [Текст] / Д.И. Писарев – М.: «Медицина», 1969
45. *Пьянзова, Т.В.* Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом легких [Текст] / Т.В. Пьянзова // Бюллетень сибирской медицины – Кемерово: КГМА – 2012. – № 6. – С. 216–217
46. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии [Текст] / Под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. – СПб.: «Питер», 2000. – С. 37–41
47. *Пфанцагль, И.* Теория измерений [Текст] / И. Пфанцагль – М.: Мир, 1976. – С. 12–13
48. *Шальнова, С.А., Деев, А.Д.* Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР [Текст] / С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006 – № 5. – С. 58–63.
49. *Савинова, А.В.* Приверженность пациентов в системе факторов безопасности оказания акушерско-гинекологической помощи [Текст] / А.В. Савинова // Сборник материалов XVI Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – 2009. – С. 402–403.
50. *Синопальников, А.И., Зайцев, А.А.* Антибактериальная терапия инфекций дыхательных путей с позиции комплаентности пациентов [Текст] / А.И. Синопальников, А.А. Зайцев // Фарматека. – 2009. – № 5. – С. 15–16
51. *Собчик, Л.Н.* Психодиагностика в медицине. Практическое руководство [Текст] / Л.Н. Собчик. – М.: «Боргес», 2007. – С. 68–73
52. *Соколова, Е.Т.* Перспективы системной модели комплайенса [Текст] / Е.Т. Соколова // Клиническая психология в здравоохранении и образовании. – 2011 – № 2. – С. 4–7.
53. *Суркова, Е. В., Мельникова О. Г.* Некоторые аспекты приверженности медикаментозной терапии у больных сахарным диабетом 2-го типа. [Текст] / Е.В. Суркова, О.Г. Мельникова // Трудный пациент. – 2008. – С. 35–38.
54. *Старовойтенко, Е.Б.* Парадигма жизни в персонологии [Текст] / Е.Б. Старовойтенко // Психология. – 2010. – Т. 7 – № 1. – С. 3–17.

55. *Тхостов, А.Ш.* Проблема формирования приверженности лечению при хронических заболеваниях [Текст] / А.Ш. Тхостов // Клиническая психология в здравоохранении и образовании. – 2011 – № 2. – С. 2–3
56. *Урываев, В.А.* Внутренняя картина лечения - анализ объяснительных возможностей конструкта [Текст] / В.А. Урываев // Клиническая психология в здравоохранении и образовании. – 2011 – № 2. – С. 3–4
57. *Фирсова, И.В.* Концепция комплаентности в стоматологической практике [Текст]: дисс. ... д-ра мед. наук / И.В. Фирсова. – Волгоград: ВГМУ, 2009.
58. *Шамов, И.А.* Врач и больной [Текст] / И.А. Шамов. – М.: Изд-во УДН, 1986
59. *Шмелев, А.Г.* Почему тесты ничего не предсказывают или что такое валидность? [Электронный ресурс] / А.Г. Шмелев. – Режим доступа: <http://psy.1september.ru>. (Дата обращения: 23.11.2013).
60. *Шмелев, А.Г.* Основы психодиагностики: учебное пособие для студентов педвузов [Текст] / А.Г. Шмелев. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996. – С. 110–123.
61. *Штрахова, А.В., Арсланбекова, Э.В.* Мотивационный компонент внутренней картины болезни как фактор приверженности к терапии у больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой [Текст] / А.В. Штрахова, Э.В. Арсланбекова // Вестник Южно-Уральского государственного университета, Серия «Психология». – 2011. – № 29 – С. 10–14 с.
62. International Journal of Neuropsychopharmacology. –2003; No. 6: V.p. 97.
63. Jin J., Sklar G. E., Oh M.N.S, Li S.C. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. – Ther. Clin. Risk Manag.; 2008; V.; p. 269–286.
64. Leppik I.E. compliance during treatment of epilepsy. – Epilepsia; 1988; V.29. – P.79–84.

Методы оценки комплаентности

Методы	Преимущества	Недостатки	Пути повышения надёжности
1. Расспрос пациента на визите, по телефону	Простота	Необъективность, высокая частота ложных ответов	Ведение дневников пациента, их незапланированный контроль
2. Подсчёт таблеток	Относительная простота	Нет информации о действительно принятых препаратах и соблюдении режима приёма	Незапланированные визиты
3. Измерение концентрации препаратов или их метаболитов в жидкостях организма (в крови или моче)	Доказательство приёма препаратов	Техническая сложность. Высокая стоимость. Отсутствие данных о регулярности приёма. Не подходит для оценки препаратов, принимаемых несколько раз в течение дня.	Комбинирование нескольких методов
4. Микроэлектронные устройства MEMS и eDEM	Точная количественная оценка комплаентности. Информация о режиме приёма. Ежедневный мониторинг.	Техническая сложность. Высокая стоимость. Отсутствие доказательства истинности приёма препаратов.	Комбинирование методов
5. Шкала медикаментозного комплаенса (ШМК)	Позволяет выйти за пределы самоотчета больного и сделать оценку комплаенса системной	Некорректно использование для здоровых людей. Одностороннее исследование комплаенса у человека	Комбинирование методов
6. Шкала Мориски-Грин	Затрачивается небольшое количество времени в силу небольшого количества вопросов	Поверхностное определение уровня комплаентности	Использование дополнительных, более подробных и специализированных шкал
7. Опросник Drug Attitude Inventory (DAI)	Отражает три фактора, относящиеся к пациенту: его общие установки, субъективное самочувствие и ожидания, сознание болезни	Оперирует исключительно данными самоотчета больных	Использование дополнительных, более подробных и специализированных шкал

Приложение Б

Опросник «Уровень комплаентности»

Описание методики.

Тест ориентирован на выявление уровня комплаентности, которая в свою очередь представлена тремя составляющими:

- социальная комплаентность - стремление соответствовать предписаниям врача обусловленное ориентацией на социальное одобрение.

- эмоциональная комплаентность - склонность к соблюдению врачебных рекомендаций обусловленное повышенной впечатлительностью и чувствительностью.

- поведенческая комплаентность - стремление к соблюдению врачебных рекомендаций направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие.

При составлении опросника использовались следующие принципы:

- вопрос может относиться только к одному виду комплаентного поведения

- вопросы формулируются таким образом, чтобы в наибольшей степени ослабить влияние общественного одобрения ответа на вопрос.

Опросник состоит из 66 вопросов, на которые испытуемый отвечает «всегда», «иногда» или «никогда».

Обработка результатов.

После того, как испытуемый оценит себя, подсчитываются баллы по 3-м вариантам проявления своего комплаентного поведения. Для этого используется «Ключ», с помощью которого подсчитываются баллы по каждому виду комплаентного поведения.

Ключ к опроснику «Уровень комплаентности»

Вид комплаентности	Номера ответов, соответствующие каждому из параметров
Социальная комплаентность	2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 18, 25, 26, 34, 40, 42, 43, 48, 50, 52, 55, 60, 64, 65
Эмоциональная комплаентность	1, 4, 5, 13, 16, 17, 21, 24, 27, 28, 31, 33, 38, 41, 46, 49, 54, 56, 58, 59, 62, 66
Поведенческая комплаентность	6, 12, 15, 19, 20, 22, 23, 29, 30, 32, 35, 36, 37, 39, 44, 45, 47, 51, 53, 57, 61, 63

Оценка результата

За каждый положительный ответ, соответствующий ключу, начисляется 2 балла.

За каждый отрицательный ответ – 0 баллов.

За неопределенный ответ – 1 балл.

Далее подсчитывается суммарный показатель по каждому из параметров.

От 0 до 15 – не выраженный показатель комплаентного поведения.

От 16 до 29 баллов – средне-выраженный показатель комплаентного поведения.

От 30 до 40 балла – значительно выраженный показатель комплаентного поведения.

Общая комплаентность представлена суммой всех показателей комплаентного поведения и выражается, следующим образом:

От 0 до 40 – низкий уровень комплаентности.

От 41 до 80 – средний уровень комплаентности.

От 81 до 120 – высокий уровень комплаентности.

Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями

Инструкция: Перед Вами 66 вопросов. Выберите наиболее соответствующий Вам вариант ответа из трех предложенных: «Всегда», «Иногда», «Никогда». Отвечайте, пожалуйста, не задумываясь, помните, что не бывает хороших или плохих ответов.

Вопросы	Всегда	Иногда	Никогда
1. Я расстраиваюсь, если пропустил (а) прием препаратов.	2	1	0
2. Если я чувствую, что сегодня могу обойтись без лекарств, то, несмотря ни на что, соблюдаю предписания врача, так как думаю, что врач не одобрит перерыв в лечении.	2	1	0
3. Я не осуществляю лечение вопреки врачебным предписаниям.	2	1	0
4. Если я по какой-либо причине не выполнил (а) предписания врача, то сразу сообщаю ему об этом.	2	1	0
5. Я очень переживаю перед посещением лечащего врача.	2	1	0
6. Я считаю, что болезнь - это просто препятствие, которое нужно преодолеть.	2	1	0
7. Я предпочитаю принимать известные, проверенные, разрекламированные лекарства.	2	1	0
8. Я часто забываю принять лекарство, если его надо принять за какое-то время перед едой.	2	1	0
9. Я бы хотел (а), чтобы врач думал, что я в состоянии самостоятельно следить за режимом приема препаратов.	2	1	0
10. Мне кажется, что мой врач осуждает меня за то, как я соблюдаю режим приема препаратов, и я стараюсь этого избежать.	2	1	0
11. Я обращаюсь за помощью только к тому врачу, которого мне посоветовали как самого компетентного в данной области.	2	1	0
12. Я абсолютно согласен (а) со всеми назначениями врача.	2	1	0
13. Я в точности слеую указаниям врача.	2	1	0
14. Я обращаюсь к врачу при первых симптомах заболевания, так как сильно обеспокоен (а) своим здоровьем.	2	1	0
15. Я помню, когда и какие препараты, мне необходимо принимать.	2	1	0
16. Если симптомы болезни отступают практически сразу, то я все равно продолжаю предписанное лечение.	2	1	0
17. Я точно знаю, что нужно делать, если внезапно начнется приступ обострения моего заболевания.	2	1	0

Вопросы	Всегда	Иногда	Никогда
18. Когда речь заходит о возможных осложнениях, я испытываю сильный страх.	2	1	0
19. У меня возникает приступ паники, когда речь идет о моём заболевании.	2	1	0
20. Если люди говорят, что «врач хороший», то я готов (а) доверить ему свое здоровье.	2	1	0
21. Когда я начинаю лечение, я ставлю перед собой цель – вылечиться.	2	1	0
22. Я ответственный человек, и к лечению отношусь соответственно.	2	1	0
23. Я рассказываю лечащему врачу о возникающих у меня беспокойствах по поводу осложнений заболевания.	2	1	0
24. Я уверен (а), что справлюсь с болезнью.	2	1	0
25. Если в ходе лечения появляются трудности, я стараюсь сделать все, что бы их преодолеть.	2	1	0
26. Я точно соблюдаю инструкцию и предписания врача, несмотря на тревогу, связанную с возможными побочными эффектами.	2	1	0
27. Я чувствую себя спокойно, если знаю, что не доставляю лишних хлопот своему лечащему врачу.	2	1	0
28. Ответственно подхожу ко всем назначениям врача.	2	1	0
29. Многие говорят, что в основе преодоления болезни лежит выполнение врачебных предписаний, и я тоже придерживаюсь этого же мнения.	2	1	0
30. Прием лекарств вызывает у меня чувство тревоги, которая связана с приемом препаратов.	2	1	0
31. После приема лекарств у меня бывают перепады настроения.	2	1	0
32. Выходя из дома, я проверяю, взял (а) ли с собой необходимое лекарство.	2	1	0
33. Решая свои проблемы со здоровьем, я, как правило, не могу обойтись без посторонней помощи.	2	1	0
34. Мне кажется, что я слишком сильно озабочен (а) состоянием своего здоровья.	2	1	0
35. Я советуюсь с врачом, когда решаю отказаться от приема препаратов.	2	1	0
36. С нетерпением жду следующего приема лекарств, так как боюсь его пропустить.	2	1	0
37. Считаю, что люди, которые халатно относятся к предписаниям доктора, рискуют своим здоровьем	2	1	0
38. Если у меня дурное самочувствие, я стараюсь его перебороть.	2	1	0
39. Когда я болею, меня больше всего угнетает, то, что люди начинают меня сторониться.	2	1	0
40. Я стараюсь перебороть болезнь и работать (учиться) как прежде.	2	1	0
41. Всеми силами стараюсь не поддаваться болезни.	2	1	0
42. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением.	2	1	0

Вопросы	Всегда	Иногда	Никогда
43. Я был (а) бы готов (а) на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни.	2	1	0
44. Я хотел (а) бы лечиться у такого врача, у которого большая известность.	2	1	0
45. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал (а) врачу что-то важное, что может повлиять на успех лечения.	2	1	0
46. Я испытываю дискомфорт, если не вовремя принимаю лекарство.	2	1	0
47. Когда я болею, мне стыдно признаться в этом даже самым близким людям.	2	1	0
48. Я бы не хотел (а) обременять своим заболеванием близких мне людей.	2	1	0
49. Я не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе).	2	1	0
50. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем.	2	1	0
51. Думаю, что приём лекарств, способствует моему выздоровлению	2	1	0
52. Меня тревожит то, что болезнь может существенно отразиться на моём будущем.	2	1	0
53. Я всеми силами стараюсь победить болезнь.	2	1	0
54. Стараюсь не разочаровывать своего лечащего врача, и поэтому следую всем его рекомендациям.	2	1	0
55. Придерживаясь предписаний врача, я долго волнуюсь по поводу того, что могу сделать что-то неверно.	2	1	0
56. Охотно выслушиваю наставления, касающиеся моего здоровья.	2	1	0
57. Стараюсь придерживаться здорового образа жизни для поддержания оптимального состояния своего здоровья.	2	1	0
58. Если врач говорит, что я болен (а), значит – надо лечиться!	2	1	0
59. Для того, чтобы начать лечение, мне необходимо знать его последовательность.	2	1	0
60. Если я чувствую эмоциональную поддержку и заботу врача, то я с удовольствием следую его рекомендациям.	2	1	0
61. Если назначенные процедуры /препараты доставляют мне дискомфорт, я все равно продолжаю лечение, так как не могу разочаровать врача.	2	1	0
62. Я переживаю, если мой лечащий врач советует перейти на более новый препарат взамен старому.	2	1	0
63. Я считаю, что в основе эффективного лечения лежат близкие, доверительные отношения с врачом.	2	1	0
64. Мне спокойно за свое состояние здоровья, когда врач в хорошем расположении духа.	2	1	0
65. Когда моему здоровью угрожает опасность, и я не в состоянии с ней справиться, то понимаю, что мне поможет только мой врач.	2	1	0
66. Так как я очень обеспокоен (а) состоянием своего здоровья, я готов (а) принимать любые препараты, назначенные врачом.	2	1	0

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК
Опросник «Уровень комплаентности»

Фамилия, И.О. _____											
Дата рождения _____											
Образование _____, Диагноз _____											
№ п/п	«Все-гда»	«Ино-гда»	«Ни-когда»	№ п/п	«Все-гда»	«Ино-гда»	«Нико-гда»	№ п/п	«Все-гда»	«Ино-гда»	«Нико-гда»
1.				24.				47.			
2.				25.				48.			
3.				26.				49.			
4.				27.				50.			
5.				28.				51.			
6.				29.				52.			
7.				30.				53.			
8.				31.				54.			
9.				32.				55.			
10.				33.				56.			
11.				34.				57.			
12.				35.				58.			
13.				36.				59.			
14.				37.				60.			
15.				38.				61.			
16.				39.				62.			
17.				40.				63.			
18.				41.				64.			
19.				42.				65.			
20.				43.				66.			
21.				44.				Ск= Эк= Пк=	Ок=		
22.			45.								
23.			46.								

Интерпретация результатов опросника «Уровень комплаентности»

Высокий уровень социальной комплаентности (ВСК), говорит о том, что для такого испытуемого преимущественно характерно стремление вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него. Нуждается в поддержке. Озабочен впечатлением которое он производит на окружающих, в частности на врача, который воспринимается им как значимое лицо. В связи с этим стремится беспрекословно выполнять его рекомендации. Советуется с ним по поводу беспокойств и сомнений, возникающих в процессе лечения. Такой человек часто обеспокоен тем, что способен обременить кого-то лишними заботами из-за своей болезни.

Средне-выраженный уровень социальной комплаентности (ССК), говорит о том, что испытуемый, относящийся к данной группе, характеризуется как человек с неопределенной социальной позицией. Он привык действовать по ситуации. С одной стороны он привержен лечению, с другой отрицает ее необходимость. Это зависит от его мотивации и личной выгоды.

Низкий уровень социальной комплаентности (НСК), говорит о том, что для испытуемого не свойственна данная форма поведения. Он независим, ориентирован на собственные решения, вряд ли станет советоваться с врачом, по поводу каких – то изменений в процессе лечения. В любой ситуации стремится иметь собственное мнение, часто не согласен с мнением врача, а иногда склонен вступать в открытые конфронтации. Стремится в любой ситуации доказать свою точку зрения, считая ее единственно верной. При отсутствии баллов по данному параметру, возможна склонность испытуемого к противопоставлению себя лечащему персоналу и возможно даже сознательное избегание выполнения врачебных рекомендаций, с целью утверждения своих позиций и в доказательство своей собственной независимости и самостоятельности.

Высокий уровень эмоциональной комплаентности (ВЭК), говорит о том, что для такого испытуемого преимущественно характерна впечатлительность, импульсивность, чувствительность. Для него картина мира представлена таким образом, что если дело доходит до врача, то «это уже серьезно!» Он всячески готов способствовать процессу лечения, так как это приобретает для него истинную значимость. Он склонен излишне беспокоиться о последствиях или о возможных неудачах лечения, при этом своим долгом считает проконсультироваться с лечащим

врачом и оповестить его о всех своих переживаниях. Наличие заболевания способствует частым переменам настроения, излишней тревожности, впечатлительности. Личность, как правило, безвольная, поэтому стремится переложить ответственность за принятие решений на врача, а себе оставляет роль «исполнителя». Так как врач принимает эмоциональную значимость для пациента, он стремится к точному и беспрекословному выполнению всех его рекомендаций.

Средне-выраженный уровень эмоциональной комплаентности (СЭК), говорит о том, что испытуемый, относящийся к данной группе, характеризуется как человек эмоционально неустойчивый. Человек настроения, иногда он склонен соблюдать предписанные врачом рекомендации, иногда он сомневается в необходимости такого лечения. Склонен так же недооценивать всей значимости и важности собственного заболевания, что может привести к неполному и некачественному выполнению врачебных предписаний.

Низкий уровень эмоциональной комплаентности (НЭК), говорит о том, что испытуемый характеризуется, как эмоционально зрелый, устойчивый, невозмутимый. Ориентируется только на рациональные и логичные способы преодоления болезни. Как правило, подвергает сомнению врачебные рекомендации, находя их неразумными, никчемными и бесполезными. Сдержан, несентиментален, практичен, рассудителен, самоуверен. Склонен недооценивать тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения. Пренебрегает некоторыми аспектами лечения, рекомендованное врачом. Может отказаться от посещения важных процедур и изменения режима дня.

Высокий уровень поведенческой комплаентности (ВПК). Такие пациенты характеризуется стремлением к точному соблюдению врачебных рекомендаций направленных на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие. Для человека с высоким уровнем поведенческой комплаентности характерно целенаправленность в соблюдении врачебных предписаний, стабильность, готовность не смотря ни на что справиться с болезнью. Ориентирован на достижение цели в ситуации болезни - выздоровление, добросовестно выполняет рекомендации врача, соблюдает режим. Врача воспринимает как коллегу и надеется, на то, что вместе они смогут победить болезнь.

Средне-выраженный уровень поведенческой комплаентности (СПК), говорит о том, что испытуемый, относящийся к данной группе, характеризуется как человек с неопределенной поведенческой позицией. Он благоразумен, осторожен, рассудителен. Склонен к озабоченности, беспокойству о будущем, пессимистично относится к результатам лечения, сдержан в проявлении эмоций. Не всегда готов

идти на риск, связанный с лечением его заболевания, так как не уверен в положительном результате. Однако уверен в том, что самостоятельно преодолеть болезнь он не в состоянии. Не стремится точно соблюдать режим, так как постоянно сомневается в его необходимости.

Низкий уровень поведенческой комплаентности (НПК), говорит о том, что для испытуемого характерна склонность к непостоянству, подверженность влиянию чувств, случая и обстоятельств, что отрицательно сказывается на эффективности лечения. Потворствует своим желаниям, не делает усилий по выполнению врачебных требований и рекомендаций. Неорганизован, безответствен, импульсивен. Выражает протест по поводу предписанного лечения, так как уверен в отсутствии значимости заболевания и рассчитывает на то, что «все само по себе пройдет».

ОБЩАЯ КОМПЛАЕНТНОСТЬ

Высокий уровень комплаентности (ВОК). Для человека с высоким уровнем комплаентности характерно, стремление вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него. Озабочен впечатлением которое он производит на окружающих, в частности на врача, который воспринимается им как значимое лицо. В связи с этим стремится беспрекословно выполнять его рекомендации. Советуется с ним по поводу беспокойств и сомнений, возникающих в процессе лечения. Такой больной часто обеспокоен тем, что способен обременить кого-то лишними заботами из-за своей болезни. Он впечатлителен, импульсивен, чувствителен. Для него картина мира представлена таким образом, что если дело доходит до врача, то «это уже серьезно!» Он всячески готов способствовать процессу лечения, так как это приобретает для него истинную значимость. Он склонен излишне беспокоиться о последствиях или о возможных неудачах лечения, при этом своим долгом считает проконсультироваться с лечащим врачом и оповестить его о всех своих переживаниях. Так как врач принимает эмоциональную значимость для пациента, он стремится к точному и беспрекословному выполнению всех его рекомендаций. Пациент, готов не смотря ни на что справиться с болезнью. Ориентирован на достижение цели в ситуации болезни - выздоровление, добросовестно выполняет рекомендации врача, соблюдает режим. Врача воспринимает как коллегу и надеется, на то, что вместе они смогут победить болезнь.

Средний уровень комплаентности (СОК). Испытуемый, относящийся к данной группе, характеризуется как человек с неопределенной позицией, по отношению к лечению. Он привык действовать по ситуации. С одной стороны он привержен лечению, с другой отрицает ее необходимость. Это зависит от его мотивации и личной выгоды.

Больной, относящийся к данной группе, характеризуется как человек эмоционально неустойчивый. Человек настроения. Склонен так же недооценивать всей значимости и важности собственного заболевания, что может привести к неполному и некачественному выполнению врачебных предписаний.

Пациент склонен к озабоченности, беспокойству о будущем, пессимистично относится к результатам лечения, сдержан в проявлении эмоций. Не всегда готов идти на риск, связанный с лечением его заболевания, так как не уверен в положительном результате. Однако уверен в том, что самостоятельно преодолеть болезнь он не в состоянии. Не стремится точно соблюдать режим, так как постоянно сомневается в его необходимости.

Низкий уровень комплаентности (НОК). Такой пациент независим, ориентирован на собственные решения, вряд ли станет советоваться с врачом, по поводу каких – то изменений в процессе лечения; В любой ситуации стремится иметь собственное мнение, часто не согласен с мнением врача, а иногда склонен вступать в открытые конфронтации. Стремится в любой ситуации доказать свою точку зрения, считая ее единственно верной. Эмоционально зрелый, устойчивый, невозмутимый. Ориентируется только на рациональные и логичные способы преодоления болезни. Как правило, подвергает сомнению врачебные рекомендации, находя их неразумными, никчемными и бесполезными. Сдержан, несентиментален, практичен, рассудителен, самоуверен. Склонен недооценивать тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения. Пренебрегает некоторыми аспектами лечения, рекомендованного врачом. Может отказаться от посещения важных процедур и изменения режима дня. Потворствует своим желаниям, не делает усилий по выполнению врачебных требований и рекомендаций.

Приложение Г

Опросник «Уровень комплаентности» для здоровых людей

Инструкция: Перед Вами 66 вопросов. Выберете наиболее соответствующий Вам вариант ответа из трех предложенных: «Всегда», «Иногда», «Никогда». Отвечайте, пожалуйста, не задумываясь, помните, что не бывает хороших или плохих ответов.

Вопросы	Всегда	Иногда	Никогда
1. Я расстроюсь, если пропущу прием препаратов в период заболевания	2	1	0
2. Если я чувствую, что сегодня могу обойтись без лекарств, то, несмотря ни на что, соблюдаю предписания врача, так как думаю, что врач не одобрит перерыв в лечении.	2	1	0
3. Я не осуществляю лечение вопреки врачебным предписаниям.	2	1	0
4. Если я по какой-либо причине не выполняю предписания врача, то сразу сообщаю ему об этом.	2	1	0
5. Я очень переживаю перед посещением лечащего врача.	2	1	0
6. Я считаю, что болезнь - это просто препятствие, которое нужно преодолевать.	2	1	0
7. Я предпочитаю принимать известные, проверенные, разрекламированные лекарства.	2	1	0
8. Я забываю принять лекарство в установленное время.	2	1	0
9. Я бы хотел (а), чтобы врач думал, что я в состоянии самостоятельно следить за режимом приема препаратов.	2	1	0
10. Мне кажется, что мой врач осуждает меня за то, как я соблюдаю режим приема препаратов и стараюсь этого избежать.	2	1	0
11. Я обращаюсь за помощью только к тому врачу, которого мне посоветовали как самого компетентного в данной области.	2	1	0
12. Я абсолютно согласен (а) со всеми назначениями врача.	2	1	0
13. В период заболевания я в точности слеую указаниям врача	2	1	0
14. Я обращаюсь к врачу при первых симптомах заболевания, так как сильно обеспокоен (а) своим здоровьем.	2	1	0
15. Я помню, когда и какие препараты, мне необходимо принимать во время болезни.	2	1	0
16. Если симптомы болезни отступают практически сразу, то я все равно продолжаю предписанное лечение.	2	1	0
17. Я точно знаю, что нужно делать, если моё состояние здоровья ухудшится.	2	1	0
18. Когда речь заходит о возможных осложнениях заболеваний, я испытываю сильный страх.	2	1	0
19. У меня возникает приступ паники, когда речь идет о болезнях.	2	1	0
20. Если люди говорят, что «врач хороший», то я готов (а) доверить ему свое здоровье.	2	1	0
21. Когда я начинаю лечение, я ставлю перед собой цель – вылечиться.	2	1	0
22. Я ответственный человек и к лечению отношусь соответственно.	2	1	0
23. Я рассказываю лечащему врачу о возникающих у меня беспокойствах по поводу возможных осложнений.	2	1	0

Вопросы	Всегда	Иногда	Никогда
24. Я уверен (а), что буду справляться с возникшим у меня заболеванием.	2	1	0
25. Если в ходе лечения появятся трудности, я буду стараться сделать все, что бы их преодолеть.	2	1	0
26. Я точно соблюдаю инструкцию и предписания врача, несмотря на тревогу, связанную с возможными побочными эффектами.	2	1	0
27. Я чувствую себя спокойно, если знаю, что не доставляю лишних хлопот своему лечащему врачу.	2	1	0
28. Ответственно подхожу ко всем назначениям врача.	2	1	0
29. Многие говорят, что в основе преодоления болезни лежит выполнение врачебных предписаний, и я тоже придерживаюсь этого же мнения.	2	1	0
30. Прием лекарств вызывает у меня чувство тревоги, которая связана с приемом препаратов.	2	1	0
31. После приема лекарств у меня бывают перепады настроения.	2	1	0
32. Во время лечения, выходя из дома, я проверяю, взял (а) ли с собой необходимое лекарство.	2	1	0
33. Решая свои проблемы со здоровьем, я, как правило, не могу обойтись без посторонней помощи.	2	1	0
34. Мне кажется, что я слишком сильно озабочен (а) состоянием своего здоровья.	2	1	0
35. В период заболевания, я советуюсь с врачом, когда решаю отказаться от приема препаратов.	2	1	0
36. Когда я болеваю, то с нетерпением жду следующего приема лекарств, так как боюсь его пропустить.	2	1	0
37. Считаю, что люди, которые халатно относятся к предписаниям доктора, рискуют своим здоровьем.	2	1	0
38. Если у меня дурное самочувствие, я стараюсь его перебороть.	2	1	0
39. Когда я болею, меня больше всего угнетает, то, что люди начинают меня сторониться.	2	1	0
40. Я стараюсь перебороть болезнь и работать (учиться) как прежде.	2	1	0
41. Всеми силами стараюсь не поддаваться болезни.	2	1	0
42. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением.	2	1	0
43. Я был (а) бы готов (а) на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни.	2	1	0
44. Я хотел (а) бы лечиться у такого врача, у которого большая известность.	2	1	0
45. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал (а) врачу что-то важное, что может повлиять на успех лечения.	2	1	0
46. Я испытываю дискомфорт, если во время болезни не вовремя принимаю лекарство.	2	1	0
47. Когда я болею, мне стыдно признаться в этом даже самым близким людям.	2	1	0
48. Я бы не хотел (а) обременять своим заболеванием близких мне людей.	2	1	0

Вопросы	Всегда	Иногда	Никогда
49. Я не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе).	2	1	0
50. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем.	2	1	0
51. Думаю, что приём лекарств в период заболевания способствует моему выздоровлению	2	1	0
52. Меня тревожит то, что возникшая болезнь может существенно отразиться на моём будущем.	2	1	0
53. Я всеми силами стараюсь победить возникшую болезнь.	2	1	0
54. Стараюсь не разочаровывать своего лечащего врача и поэтому слеую всем его рекомендациям.	2	1	0
55. Придерживаясь предписаний врача во время заболевания, я долго волнуюсь по поводу того, что могу сделать что-то неверно.	2	1	0
56. Охотно выслушиваю наставления, касающиеся моего здоровья.	2	1	0
57. Стараюсь придерживаться здорового образа жизни для поддержания оптимального состояния своего здоровья.	2	1	0
58. Если врач говорит, что я болен (а), значит – надо лечиться!	2	1	0
59. Для того, чтобы начать лечение, мне необходимо знать его последовательность.	2	1	0
60. Если я чувствую эмоциональную поддержку и заботу врача, то я с удовольствием слеую его рекомендациям.	2	1	0
61. Если назначенные процедуры /препараты доставляют мне дискомфорт, я все равно продолжаю лечение, так как не могу разочаровать врача.	2	1	0
62. Я переживаю, если мой лечащий врач в период болезни советует перейти на более новый препарат взамен старому.	2	1	0
63. Я считаю, что в основе эффективного лечения лежат близкие, доверительные отношения с врачом.	2	1	0
64. Мне спокойно за свое состояние здоровья, когда врач в хорошем расположении духа.	2	1	0
65. Когда моему здоровью угрожает опасность, и я не в состоянии с ней справиться, то понимаю, что мне поможет только мой врач.	2	1	0
66. Так как я очень обеспокоен (а) состоянием своего здоровья, я готов (а) принимать любые препараты, назначенные врачом во время заболевания.	2	1	0

Результаты этого варианта опросника, подсчитываются так же как указано выше!!!

**Взаимосвязь уровней комплаентности
с личностными особенностями**

<p>Высокий уровень</p>	<p>Пациенты с диагнозом поверхностным гастритом: Ценности: здоровье, счастливая семейная жизнь, интересная работа; высокие запросы и притязания, непримиримость к недостаткам других людей, жизнерадостность. Клинически выраженный уровень тревоги и субклинически выраженная депрессия. характерно самопринятие. физическая активность не ограничивается состоянием их здоровья и эмоциональным состоянием. низкий уровень общего состояния здоровья. активная позиция в следовании лекарственной терапии. Свойственно стремление вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение.</p> <p>Пожилые люди, живущие в семьях: Ценности: счастливая семейная жизнь, здоровье, интересная работа; непримиримость к недостаткам других людей, высокие запросы и притязания. нет признаков тревоги и депрессии. регистрируются позитивные отношения с окружающими. высокая оценка состояние здоровья. преобладает пассивная позиция в отношении медикаментозной терапии. подвергают сомнению врачебные рекомендации, находя их в некоторой степени неразумными.</p>
<p>Средний уровень</p>	<p>Пациенты с диагнозом сахарный диабет: Ценности: здоровье, счастливая семейная жизнь; аккуратность, воспитанность и честность. субклинический уровень тревоги и отсутствие выраженных симптомов депрессии. преобладают позитивные отношения с окружающими. уровень качества жизни снижен по всем параметрам. склонны недооценивать всей значимости и важности собственного заболевания, что может привести к неполному и некачественному выполнению врачебных предписаний. характерна активная позиция по отношению к лечебным мероприятиям.</p> <p>Пожилые люди, живущие в доме-интернате: Ценности: здоровье, интересная работа, воспитанность, жизнерадостность и самоконтроль. клинический уровень тревоги и субклинический уровень депрессии. снижен уровень управления средой. стремятся в любой ситуации доказать свою точку зрения, считая ее единственно верной, пренебрежением некоторыми аспектами лечения, рекомендованного врачом, частыми отказами от посещения важных процедур и изменения режима дня, а также регистрируется промежуточная позиция в отношении к медикаментозной терапии.</p> <p>Исследуемые без диагноза: Ценности: здоровье, любовь, счастливая семейная жизнь; ответственность, честность и воспитанность. субклинический уровень тревоги и отсутствие выраженных симптомов депрессии. характерна сниженная автономия и самопринятие. неопределённая позиция в отношении к предписаниям и терапевтическому воздействию. склонны к озабоченности, беспокойству о будущем, редко готовы идти на риск, связанный с лечением заболевания, так как нет уверенности в положительном результате</p>
<p>Низкий уровень</p>	<p>Исследуемые без диагноза: ценности: общественное признание, здоровье, жизненная мудрость; аккуратность и высокие запросы и притязания. субклинический уровень тревоги и депрессии (без выраженных проявлений). регистрируется выраженная автономия. активная позиция к врачебным назначениям. стремятся вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него, советуется с ним по поводу беспокойств и сомнений, возникающих в процессе лечения</p>

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ПОНЯТИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ И ЕЕ ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ: ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОНСТРУКТА.....	5
1.1 Концептуальные подходы к понятию и возникновению комплаентности в современной медицине и психологии.....	5
1.2. Психологическая характеристика комплаентности личности	16
1.3. Методические подходы к эмпирическому изучению комплаентности	20
ГЛАВА 2. ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ ОПРОСНИКА «УРОВЕНЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ»	25
2.1. Операционализация теоретических представлений о комплаентности личности.....	25
2.2. Конструирование опросника «Уровень комплаентности»	27
2.3. Порядок выполнения теста, обработки и интерпретации результатов	37
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ДАННЫХ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ	42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	51
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	54
ПРИЛОЖЕНИЯ	
А. Методы оценки комплаентности	59
Б. Опросник «Уровень комплаентности»	60
В. Интерпретация результатов опросника «Уровень комплаентности»	65
Г. Опросник «Уровень комплаентности» для здоровых людей.....	69
Д. Взаимосвязь уровней комплаентности с личностными особенностями	72

Научное издание

Руслан Васитович. КАДЫРОВ,
Ольга Борисовна АСРИЯН,
Софья Андреевна КОВАЛЬЧУК

ОПРОСНИК «УРОВЕНЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ»

Монография

Подписано в печать 09.12.2014 Уч.-изд. л. 4,0.
Формат 60 × 84/16 Тираж 500 экз.

Отпечатано в типографии ООО "Литера V",
690091, г. Владивосток, ул. Светланская, 31В
e-mail: litera_v@mail.ru