

Н.В. ФОМИНА¹, И.В. ФОМИН², Т.Е. ФЕДОСЕЕВА¹

¹*Нижегородский государственный педагогический университет имени Козьмы Минина (Мининский университет), Нижний Новгород, Российская Федерация*

²*Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Российская Федерация*

ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА (НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ)

Аннотация. Статья посвящена анализу проблемы отношения пациентов и врачей к лечению болезни с позиции медицинского и социально-психологического подходов на примере наиболее распространенного в популяции и крайне сложно поддающегося лечению заболевания – артериальной гипертензии. Показаны особенности отношения к болезни мужчин и женщин-гипертоников. Констатируется, что, несмотря на прогресс в лечении болезни в сфере медицинских технологий, сознание пациента меняется крайне медленно, и он по-прежнему зависим от врача, ждет от него руководящей и направляющей помощи. Обсуждается возможность целенаправленного воздействия врача на развитие ответственной позиции самого пациента по отношению к болезни и ее лечению, а также способы привлечения пациентов к принятию медицинского решения. В результате эмпирического исследования установлено, что активное отношение пациента к болезни и ее лечению (комплаентность к терапии) формируется, когда врач сам готов выстраивать с ним диалогические, субъект-субъектные отношения

Ключевые слова: артериальная гипертензия, комплаентность к терапии, взаимодействие врача и пациента.

N.V. FOMINA¹, I.V. FOMIN², T.E. FEDOSEEVA¹

¹*Minin Nizhny Novgorod State Pedagogical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation*

²*Nizhny Novgorod state medical academy, Nizhny Novgorod, Russian Federation*

RELATION OF DOCTORS AND PATIENTS TO TREATMENT OF THE ILLNESS AS SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL PROBLEM (ON THE EXAMPLE OF TREATMENT OF AN ARTERIAL HYPERTENSION)

Abstract. Article is devoted to the analysis of a problem of the attitude of patients and doctors to treatment of an illness from a position of medical and socio-psychological approaches on the example of the most widespread in population disease, which is very difficult to treat – an arterial hypertension. The article describes the features of the attitude to an illness of the men and women sick with an arterial hypertension. It is noted that despite the progress in medical technologies, the consciousness of the patient changes extremely slowly and he is still dependent on the doctor, waiting for his leading and guiding assistance. The possibility of purposeful impact of the doctor on development of a responsible position of the patient in relation to an illness and its treatment, and also ways of involvement of patients to adoption of the medical decision is discussed. As a result of empirical research it is established that the active attitude of the patient to an illness and its treatment (compliance with therapy) is formed when the doctor is ready to build with him dialogical, the subject - the subject relations.

Keywords: arterial hypertension, compliance with therapy, interaction of the doctor and patient.

Введение в проблему

Артериальную гипертензию (АГ) сегодня повсеместно называют болезнью века, национальной трагедией, бедой из-за риска сердечно-сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда, мозговой инсульт, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность и др., и высокого уровня смертности. Проблема заключается, во-первых, в чрезвычайной распространенности этого заболевания как среди лиц пожилого возраста, так и молодых людей, особенно среди мужчин (39,6% населения РФ сегодня страдают АГ). Во-

вторых, дело еще и в том, что данное заболевание относится к разряду тех, лечить которые крайне сложно. Это происходит потому, что на эффективность лечения артериальной гипертонии влияет не только назначение современных и эффективных гипотензивных лекарственных средств, проведение контроля за безопасностью терапии, но и, что особенно важно, *сохранение пациентом подобранной врачом терапии в течение длительного времени*. Ранее проведенные исследования показывают, что только непрерывная (более нескольких лет) терапия приводит к снижению рисков сердечно-сосудистой смертности. Исследования И.В. Фомина и Q. Gu доказали, что самостоятельное прекращение пациентом терапии гипотензивными средствами приводит к повышению рисков смерти в два раза [11, 25]. Анализ эффективности терапии АГ показал, что при распространенности АГ в нашей стране в 41% охват терапией составил 72%, что соответствует результатам в США [1, 33]. Но эффективность достижения целевого уровня АД, при котором достоверно снижаются риски смерти достигаются в РФ только у 3,2% пациентов против 58% в США [1, 33].

При такой высокой распространенности АГ в популяции РФ и низкой эффективности ее лечения артериальная гипертония остается неуправляемым фактором социально-экономической ситуации РФ [12], что делает проблему ее изучения и практического решения крайне **актуальной** задачей и требует междисциплинарного исследования.

Обзор литературы по проблеме исследования

В современной гипертензиологии создана **концепция управления** АГ, которая включает в себя четыре основных шага: а) гипотензивное лекарственное средство, которое принимается в данный момент; б) антигипертензивный препарат, который принимался ранее; в) доказательства соблюдения режима или его отсутствия в терапии; г) эффективность лечения и приверженность к нему [17].

Четвертая позиция в современном медицинском мире становится наиболее актуальной, так как каким бы эффективным ни был метод лечения, если он применяется неправильно, то чаще он становится вредным и опасным для жизни. При динамическом наблюдении решающее значение имеет установление **личного контакта между врачом и больным**, обучение пациентов в школах для больных АГ, повышающее приверженность больного к лечению [20, 3]. Однако существует мнение, что такие школы дают хороший эффект до тех пор, пока пациент находится под наблюдением, в тесном контакте с медицинским учреждением. Так, например, по данным С.А. Шальной и А.Д. Деева, пациенты с сердечно-сосудистыми 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% [15, цит. по 9]. Положительным моментом в «школах больных» является то, что пациенту дается «инструмент» контроля над ситуацией болезни (дневники самонаблюдения, аппараты для самостоятельного измерения уровня артериального давления, уровня сахара в крови и т.д.), что должно повысить его автономность и ответственность, а следовательно, и приверженность лечению. Однако же, повышению автономности и ответственности пациента мешает решающая роль врача в принятии решения в ситуации болезни [9]. В идеальной ситуации все медицинские работники должны сотрудничать друг с другом. В обзоре результатов 13 исследований интерпретация программ по борьбе с АГ привела к значительно большему снижению САД и ДАД, по сравнению с контрольной группой. Эффект снижения АД был эквивалентен примерно 5 мм рт.ст. по САД и 4 мм рт.ст. по ДАД [19].

Особый статус сегодня получило понятие **«комплаентность к лечению болезни»** (синоним – «приверженность к лечению болезни»), определяющее эффективность всего лечебного процесса. Впервые термин «compliance» (в переводе с англ. «согласие, соответствие, выполнение, соблюдение») был представлен в работах R. Haynes и D. Sackett в 1979 году [26, 27, 2]. В их понимании, комплаентность – это степень соответствия поведения больного человека назначенной врачом терапии, соблюдение рекомендаций, касающихся

приема препаратов, диеты и т.п., графика посещений доктора, а также изменения всего образа жизни человека в связи с его заболеванием. Комплаентность лежит в основе успешной терапии большинства хронических заболеваний, которые требуют от пациента длительного, иногда пожизненного, активного, осознанного и ответственного участия в лечении. Комплаентность включает в себя когнитивный компонент как понимание сути болезни, своих ощущений и т.п. в ней, аффективный компонент, проявляющийся в оценках, одобрении или неодобрении, мотивационно-поведенческий компонент как намерение следовать рекомендациям врача и выполнение этих рекомендаций в жизни.

Среди причин некомплаентности пациентов выделяют сознательные (умышленные) и неосознанные (неумышленные) поступки больных. К умышленным нарушениям относят осознанные действия пациента, вызванные нежеланием лечиться. Это ошибки, связанные с недостатком информации о заболевании как хроническом и необходимости его лечения; отклонения от предписаний, «правила», придуманные самим пациентом (наиболее распространенное убеждение состоит в том, что лекарства портят желудок и от них нужен «отдых»). К неумышленным отклонениям относят забывчивость, невнимательность пациента, непонимание назначений доктора и т.п. [5]. В этой связи остро встает проблема мотивации пациентов к лечению.

Вообще приверженность к терапии пациентов с АГ можно разделить на три зоны воздействия: 1) техническая сторона, 2) медикаментозное лечение, 3) общение пациента с врачом. Техническая сторона сегодня полностью разрешена с появлением современных методов контроля за АД – электронные тонометры, суточное измерение артериального давления – позволяют максимально эффективно достичь контроля АД в течение суток [35]. Вторая зона воздействия – медикаментозное лечение также решена: это, прежде всего, связано с созданием длительно действующих лекарственных средств (более суток) и фиксированные комбинации лекарственных средств, в которые входят два и более лекарственных препарата. Это дает возможность контролировать АД до 85% пациентов с АГ и позволяет сохранить терапию у большинства из них на длительный период времени [23].

В отличие от первых двух факторов, сегодня приходится констатировать, что главные трудности развития комплайенса лежат в сфере общения врача и пациента, уровень которого настолько не эффективен, что приводит к снижению сохранения длительной (более одного года) терапии в два раза. Данная проблема может быть связана с особенностями передачи врачом информации, необходимой пациенту, которая может ввести его в заблуждение, что значительно снижает комплайнс к лечению [20]. Отмечается и недостаток эмоционального реагирования врача на проблемы пациента, что отражается в способности больного воспринимать и перерабатывать информацию, полученную от врача.

Одна из главных проблем состоит в том, что сами врачи оказываются недостаточно приверженными к существующим стандартам лечения, что неоднократно отмечается в исследованиях. Так, у современных врачей сохраняется «скептицизм в отношении успеха лечения у пожилых пациентов. Они не всегда настойчивы в достижении целевых значений артериального давления у своих пациентов и нередко отказываются от интенсификации терапии под влиянием убеждений пациентов об уровне переносимости высоких цифр АД, что не является объективным» [7, с.27].

Тем не менее главные усилия врача (и, думается, всех возможных общественных ресурсов, например, на уровне СМИ) должны быть направлены на развитие ответственной позиции самого пациента. Современная концепция биопсихосоциального подхода к лечению болезни и взаимодействию пациента с врачом утверждает, что без активной роли самого пациента достичь качественного лечения невозможно. Следовательно, одна из задач медицинской практики сегодня – активное привлечение пациентов к принятию медицинского решения по поводу лечения болезни [2, 3, 7, 10, 13, 14, 16, 30, 31 и др.].

В этой связи в клинической психологии последних лет утвердилось два новых термина, демонстрирующих отношение пациентов и врачей к лечению болезни: термин «внутренняя

картина фармакотерапии» (ВКФ) [16] и термин *«внутренняя картина лечения»* (ВКЛ) [10]. Данные понятия, являясь следствием понятий «внутренняя картина болезни» и «внутренняя картина здоровья», делают акцент как раз на восприятии процесса *лечения болезни*.

ВКФ отражает субъектную позицию человека в процессе получения им лекарственных препаратов. Это «связанный с внутренней картиной болезни динамический процесс самопознания ощущений, эмоциональных реакций, представлений, ожиданий и побуждений, связанных с приемом лекарств, выбора способов совладания с болезнью, связанных с использованием медикаментов и приверженности/неприверженности лечению» [16, с. 42]. Представления пациента о фармакотерапии определяют его поведение, связанное с лечением. В процессе коммуникации с врачом неверные представления пациента могут и должны быть скорректированы специалистом путем процедуры согласования положений этих разных моделей [16].

Понятие ВКЛ шире, т.к., с одной стороны, оно включает весь комплекс мероприятий, связанных с лечением, а с другой – прослеживает весь путь человека в процессе лечения: от его самых первых шагов соприкосновения с болезнью, первых ощущений, переживаний и осмыслений своего нового состояния до того факта, что человек осознанно начинает лечиться [10]. В концепции В.А. Урываева данное понятие как раз отражает ту активность, которую проявляет человек не столько в ходе приема, сколько в ходе реализации стратегии лечения, выработанной совместно с врачом. В контексте такой трактовки комплайнс может рассматриваться как одно из проявлений ВКЛ.

В клинической практике идентификация низкой приверженности к лечению представляет особые трудности [2, 7]. Во-первых, непосредственный опрос пациентов медицинским персоналом не дает, по понятным причинам, точных результатов, а с другой стороны, крайне мало методик, позволяющих включать, не искажая сознание респондентов. Сложные методы оценки комплаентности, применяемые в медицине с расчетом дозировок препаратов используются сугубо в научных целях для достаточно локальных случаев и трудно переносимы в повседневную практику.

Тем не менее без понимания психологии пациента, его внутренней позиции по отношению к лечению болезни, исследования смысловых структур обыденного сознания больного человека трудно рассуждать как о стратегии лечения, так и об эффективности терапии в целом.

В этой связи особое значение имеют исследования *социальных представлений*, показывающие реальность медицинской практики глазами ее субъектов, исходя из их опыта на уровне его репрезентации в обыденном сознании. Обыденные представления о болезни (концепция болезни) опосредуют поведение в ситуации болезни, выражающееся в своевременном обращении за медицинской помощью, соблюдении лечебных рекомендаций, режима, регулярного наблюдения [8].

Материалы и методы исследования

Объект нашего исследования – социальные представления о лечении болезни как основа формирования отношения к ней. Предмет исследования – отношение пациентов к процессу лечения, к себе как субъекту этого процесса, к врачу.

Целью исследования было изучение отношения респондентов к лечению болезни, собственной активности в этом процессе, а также характера отношений с врачом на уровне социальных представлений людей, страдающих АГ.

Гипотеза исследования. Мы предположили, что отношение к лечению болезни представляет для пациента важнейший внутренний конструкт, который определяет его поведение и влияет на результаты медицинских мероприятий. Отношение пациентов к лечению находится в зависимости от характера общения с врачом.

Выборку респондентов составили жители г. Н.Новгорода и Нижегородской области. Всего в исследовании на разных его этапах участвовали 990 человек. В представленное в

данной статье исследование включались респонденты, имеющие в анамнезе АГ, но на момент исследования неотягощенную гипертоническими кризами. Данный факт был указан в анкете. Всего респондентов с АГ было 330 человек, из них 135 мужчин и 195 женщин в возрасте от 25 до 83 лет. Все респонденты не находились на момент исследования в стационаре, однако факт наличия АГ в анамнезе требовал от них соблюдения медикаментозной терапии в домашних условиях. Не указали факт АГ 375 человек (213 женщин и 162 мужчины). Анкеты остальных респондентов не указывали как факт наличия АГ, так и факт его отсутствия, следовательно, в данной части работы не рассматривались.

При выборе методов исследования мы опирались на концепцию Иваны Марковой о том, что социальные представления включают как нерелективный уровень социального мышления, так и рациональный. В целях изучения представлений рационального уровня обыденного сознания респондентов была сконструирована авторская анкета, которая состояла из трех частей: 1) вопросы, связанные с изучением социально-демографической информации о респондентах, а также о степени их удовлетворенности процессом лечения в лечебных учреждениях; 2) вопросы, направленные на изучение восприятия респондентами коммуникации с врачом; 3) вопросы, выявляющие особенности отражения пациентами собственного поведения в процессе лечения болезни. Анкета составлена в форме развернутого интервью и включала два вида вопросов: вопросы с выборочным ответом (допускался множественный выбор, а также свой вариант ответа) и вопросы с ответами по шкале Лайкерта, предусматривающей оценку предлагаемого утверждения по 5-балльной шкале. Для изучения социальных представлений, затрагивающих нерелективный уровень обыденного сознания респондентов, был выбран метод конструирования метафор [29] и модифицированная нами в целях исследования методика незаконченных предложений Сакса-Сиднея. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы SPSS-12. Для оценки значимости разницы между ответами в выделенных группах респондентов был использован непараметрический тест для двух независимых выборок Колмогорова-Смирнова, для оценки значимости связей между понятиями – коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение

На основе анализа литературных данных отношение к лечению болезни мы рассматриваем через ряд смысловых позиций в сознании пациента:

- 1) удовлетворенность от качества медицинской помощи и общения с врачом [6];
- 2) активность коммуникативного поведения пациента на приеме у врача, характер выстраиваемых отношений с врачом, ожидания от врача;
- 3) собственная ответственная позиция в лечении болезни;
- 4) стратегия выполнения назначений врача, в том числе связанная с ценовой политикой лекарственного препарата [21, 22].

Полученные результаты позволили выделить несколько аспектов отношения к лечению болезни респондентов, имеющих такое хроническое заболевание, как АГ. Для того, чтобы «психологический портрет» респондентов, имеющих в анамнезе такое хроническое заболевание, как АГ, был наглядным, сравним полученные результаты с данными по тем же вопросам респондентов, не имеющих в анамнезе АГ.

Анализ анкетных данных, фиксирующих релективный уровень сознания респондентов, показал, что ответы респондентов с АГ характеризуются единодушием и содержат меньше гендерных различий по рассматриваемым вопросам, чем ответы респондентов, не указавших факт наличия АГ, что говорит о «тотальном» влиянии болезни на человека, которая меняет характер его поведения и отношения к действительности вне зависимости от пола респондента.

1. Пациенты с АГ, как мужчины ($p < 0,01$), так и женщины ($p < 0,001$), достоверно чаще обращаются в лечебное учреждение и констатируют большую удовлетворенность качеством

медицинской помощи и своими контактами с врачом. Особенно это касается женщин с АГ, половина которых оценивает ее выше среднего уровня ($p < 0,001$), как и общение с лечащим врачом ($p < 0,01$), по сравнению с женщинами без АГ. Между мужчинами с АГ и без АГ значимых различий обнаружено не было.

2. Были обнаружены различия пациентов с АГ и без нее в восприятии взаимодействия с врачом в процессе лечения и своей позиции как пациента на приеме. Женщины с АГ доброжелательно относятся к врачу и видят в нем, прежде всего, внимательного собеседника ($p < 0,03$). Они больше доверяют врачу ($p < 0,01$) и в большей степени склонны выполнять его назначения (41% женщин с АГ по сравнению с 28% женщин без АГ, при ($p < 0,01$)). 45% женщин, пациенток с АГ, считают, что врач подробно объясняет суть своих назначений, ($p < 0,05$) и не вступают в дискуссию по поводу лечения болезни. Напротив, женщины без АГ более критичны по отношению к медицинским работникам, в которых они видят равнодушных, отстраненных людей, не умеющих оказать эмоциональную поддержку пациенту. В то же время на приеме женщины без АГ хотят активно участвовать в обсуждении назначенной терапии ($p < 0,05$), считают, что врач мало объясняет суть лечения, следовательно, они активнее сами обращаются к дополнительным информационным источникам, содержащим сведения о медикаментах и способах лечения ($p < 0,03$), в том числе, и к мнению знакомых, родственников, соседей (($p < 0,05$), соответственно, они в меньшей степени, чем женщины с АГ, комплаентны к назначенной терапии ($p < 0,01$). Особенно это касается женщин младше 60-летнего возраста. Было отмечено, что с возрастом у женщин снижается уровень требований к квалификации врача и, напротив, возрастает потребность в общении с ним.

Напротив, у мужчин с возрастом повышается уровень требований к квалификации врача, к техническому оснащению лечебного учреждения, а также значимо увеличивается потребность в общении с врачом ($p < 0,04$). Однако в общении с врачом мужчины, независимо от факта хронического заболевания, проявляют меньшую активность на приеме и довольствуются дозированной информацией в отличие от женщин. Тем не менее нужно заметить, что заболевание делает мужчину в большей степени, чем женщину, эмоционально незащищенным. Появляется страх побочных эффектов ($p < 0,02$), мнительность ($p < 0,01$), растет зависимость от врача, а с другой стороны, снижается доверие ему. Достоверные различия в этой связи выявлены при сравнении групп мужчин с АГ и без нее на уровне $p < 0,01$.

В рамках анкеты респондентам с АГ предлагалось оценить свою приверженность к лечению болезни по шкале Лакерта. Результаты (в %) представим на рисунке 1.

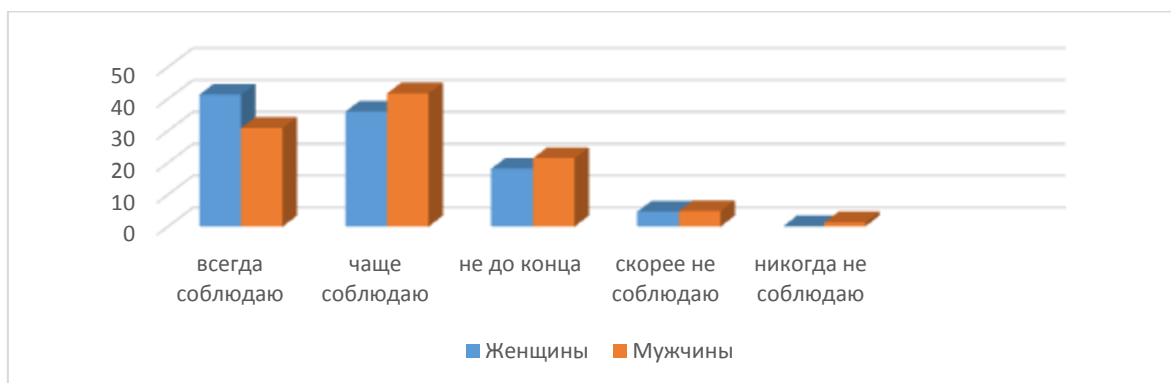


Рисунок 1 – Распределение ответов респондентов по поводу соблюдения ими рекомендаций врача

Как видим, в прямой анкете большинство респондентов, как мужчин, так и женщин, утверждают, что соблюдают рекомендации врача. Тем не менее, литературные источники из области доказательной медицины свидетельствуют, что эта тенденция далека от реальности, из чего можно предположить, что наши данные скорее всего отражают социально-желательные установки респондентов, чем реальную ситуацию лечения болезни. Тем более парадоксально выглядит распределение ответов респондентов с АГ на вопрос «Часто ли у вас возникают мысли, что лечение, назначенное врачом, будет неэффективным?» (рисунок 2).

Из рисунка видно, что большинство респондентов, страдающих АГ, регулярно не доверяет врачу по поводу его назначений. Это обнажает феномен «смысловых ножниц»: назначения выполняю, но врачу не доверяю. Возможно, в этой связи проявляется то «потребительское» отношение к врачу и своему здоровью, которое отмечают другие авторы [4].

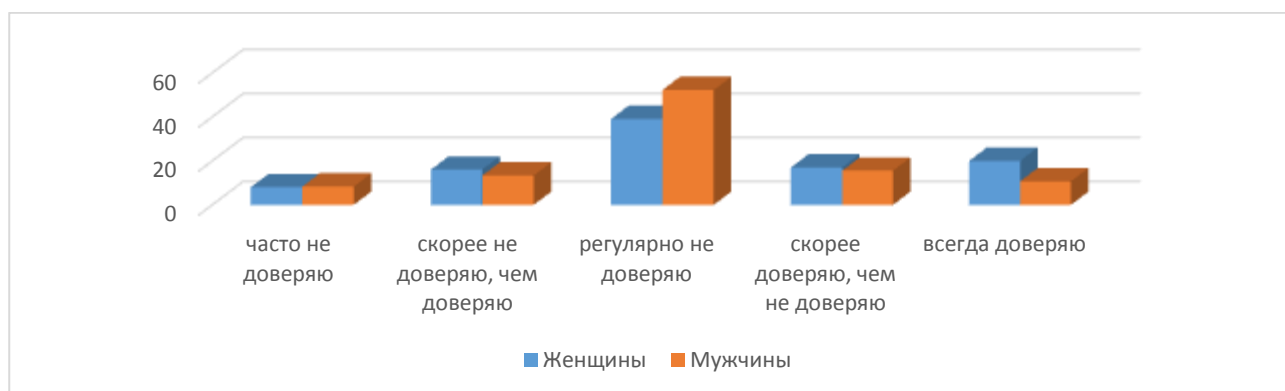


Рисунок 2 – Распределение ответов респондентов-гипертоников, связанное с доверием назначениям врача (в %)

Данный феномен более отчетливо проявляется на эмоциональном уровне отражения респондентами медицинской реальности, анализ которого осуществлен нами с помощью метафорического эксперимента. Респондентам предлагалось завершить два предложения: «Пациента можно сравнить...», «Врача можно сравнить...». Всего было получено более 800 единиц-дескрипторов, которые были классифицированы с помощью процедур контент-анализа.

Образ пациента в восприятии респондентов-гипертоников представлен следующими метафорическими характеристиками:

1) «*подопытный кролик*» – восприятие своей подчиненной роли в качестве объекта манипуляций, смысла которых пациент не понимает и, как следствие, чувствует себя угнетенно, задавлено («испытуемый», «раб», «животное» и т.п.);

2) «*нежеланный гость*» – метафоры, отражающие негативный опыт респондентов, связанный с посещением лечебного учреждения и врача. Метафоры данной группы очень разнообразны, но все они включают чувства отчаяния, ненужности, обреченности на непонимание: «нищий в очереди за тарелкой супа», «попрошайка», «птица, загнанная в клетку», «человек на паперти», «заложник» и т.п.;

3) «*беспомощный ребенок*» – метафора, отражающая реакцию на болезнь, состояние человека, который ищет опору, поддержку, от врача ждет руководящей, направляющей роли («беззащитное создание», «ученик», «беспомощная овечка» и т.п.);

4) «*человек, который ждет помощи*» – метафоры, характеризующие статус пациента как больного, который ждет помощи врача, занимает равную с ним позицию, готов лечиться («важный человек», «друг» и т.п.);

5) «страдалец» – метафоры, показывающие сложные переживания человека в болезни, доходящие до отчаяния, неприятие себя как больного («загнанный конь», «одинокий путник», «шизоид», «тряпка» и т.п.).

Распределение данных метафор у мужчин и женщин представлено на рисунке 3.

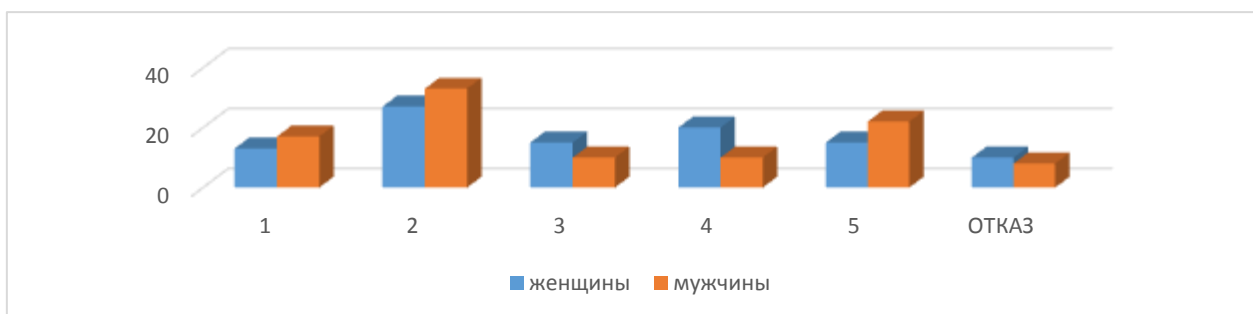


Рисунок 3 – Метафорический образ пациента в представлениях респондентов с АГ (в %)

Как видим, респонденты, приходя в лечебное учреждение, чаще испытывают негативные переживания. Косвенно их причины объясняют выделенные группы метафор (дескрипторов). Как у мужчин, так и у женщин образ пациента чаще других наполняет категория 2 («нежеланный гость»), отражающая переживания, связанные не столько с болезнью, сколько с посещением лечебного учреждения и врача, общение с которым не удовлетворяет пациента, создает впечатление непонимания, незаинтересованности со стороны врача. У женщин данная характеристика не зависит от возраста респондентов, что подтверждает факт значимости общения с врачом для женщин всех возрастных групп. В группе мужчин достоверные различия в рамках этой категории выявлены у пожилых и зрелых мужчин по сравнению с молодыми ($p < 0,01$), что свидетельствует о высокой эмоциональной включенности в ситуацию с негативным знаком. Респонденты воспринимают себя и объектом манипуляций (категория 1), что негативно влияет на приверженность к лечению.

В состоянии болезни они переживают собственную несостоятельность, телесную и духовную слабость. Значимо выше ($p < 0,01$) данный дескриптор отмечен у мужчин. Для мужчины болезнь – это часто приговор, катастрофа, которая выбивает из привычного уклада жизни. Для пожилого мужчины – это возрастное переживание собственной слабости, немощи. Мужчины среднего возраста, по всей вероятности, на уровне внутренней картины болезни выработали такую установку, как «нежелание признавать себя больным», они не всегда обращаются к врачу, оттягивают лечение, что, к сожалению, по данным медицинской статистики, отягощается летальными исходами или серьезными поражениями органов.

В группах женщин достоверно чаще представлена характеристика «беспомощный ребенок», что, скорее всего, отражает гендерные особенности женщин ($p < 0,04$) и показывает, что в ситуации болезни женщина ощущает себя слабой, неосознанно хочет получить от врача поддержку, заботу, а заодно и переложить на него ответственность за результат лечения, причем у молодых женщин подобное переживание проявляется достоверно чаще ($p < 0,04$). Сопоставление данных, полученных в результате анкетирования, выявляет следующее противоречие: именно молодые женщины, страдающие АГ, более критичны к врачу, они сами активно добывают информацию о болезни и хотят выстраивать сотрудничающее поведение, однако на эмоциональном уровне явно проявляется переживание эмоциональной зависимости от врача [12]. Тем не менее активную позицию в лечении болезни чаще демонстрируют женщины, чем мужчины.

В результате контент-анализа метафор, демонстрирующих *образ врача*, были выявлены следующие категории:

1) «*бог*», «*волшебник*» – метафоры, отражающие уникальность профессии врача, веру в его силу, возвышенное отношение к нему и свою пассивную позицию (врач спасет);

2) «*воспитатель*», «*начальник*», «*заботливая мама*» – характеристики, показывающие авторитет врача, его наставническую и авторитарную позицию;

3) «*автомат*», «*бездушный*» – метафоры данной группы многочисленны, и все они воплощают равнодушный, отстраненный образ врача, который не обращает внимания на пациента: «*чиновник*», «*писака*», «*взяточник*», «*писарь, который все пишет и пишет*», «*аппарат по выдаче лекарств*», «*стена*» и т.п.;

4) «*трудоголик*» – метафоры, подчеркивающие тяжелый труд врача, в которых часто звучит сочувствие к нему: «*рабочий у конвейера*», «*страдалец*», «*друг по несчастью*», «*небогатый человек, которому приходится лечить*» и т.п.;

5) «*психолог*», «*друг*», «*база знаний*» и т.п. – метафоры, фиксирующие профессионализм врача, его умение быстро оказывать квалифицированную помощь, желание сотрудничать с ним (см. рисунок 4)

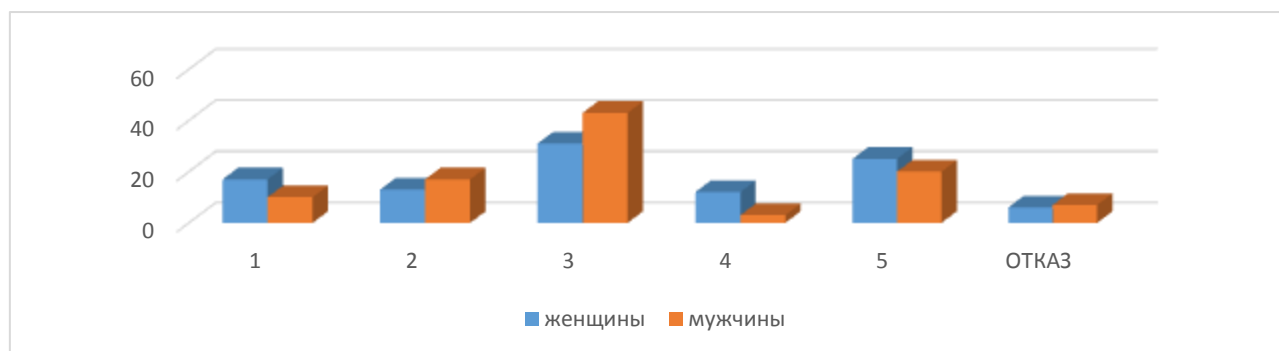


Рисунок 4 – Метафорический образ врача в представлениях респондентов с АГ (в %)

На рисунке показано, что негативные характеристики в образе врача представлены больше других характеристик. Тем не менее женщины достоверно чаще видят в нем спасителя, «бога» ($p < 0,01$), напротив, мужчины чаще видят перед собой «автомат», «писаку», который не обращает внимания на переживания, а «только выписывает лекарства» ($p < 0,01$). Сочувствие врачу выше представлено у женщин ($p < 0,01$). Обращает внимание и факт, что женщины скорее готовы сотрудничать с врачом, чем мужчины.

Таким образом, на глубинном уровне восприятия медицинской реальности удовлетворенность пациентов общением с врачом, а также восприятие себя как больного человека качественно отличается от данных прямой анкеты. Нужно заметить, что полученные нами данные раскрывают обыденные представления респондентов, не привязанные к личности конкретного врача, и скорее отражают негативное отношение населения к ситуации в медицине в целом, а не к личности конкретного врача. Тем не менее, для некоторых людей сама мысль посещения лечебного учреждения оборачивается препятствием на пути к лечению болезни (только 36% женщин и 40% мужчин с АГ, по их мнению, часто посещает врача. В группах без АГ данный показатель намного меньше (13% женщин и 9% мужчин), причем некоторые из них не знают о факте наличия у себя АГ. Показателен в этой связи ответ респондента мужчины в возрасте 46 лет: «О наличии АГ узнал вчера от врача, когда случайно попал к нему»).

Стратегические позиции в отношении лечения болезни и его составляющим можно проследить по результатам корреляционного анализа, выполненного по прямой анкете респондентов с АГ.

В группе мужчин были обнаружены следующие связи. Мужчины, которые соблюдают рекомендации врача, чаще обращаются в лечебное учреждение, следят за своим здоровьем (0,40, $p < 0,00$). Обнаружена связь между соблюдением рекомендаций врача и удовлетворенностью МП (0,41, $p < 0,00$). Следовательно, можно предположить, что качество общения с врачом напрямую связано с приверженностью пациента-мужчины к лечению болезни. Наиболее сильные связи в группе мужчин получены именно по категориям, связанным с общением с лечащим врачом. Мужчины будут соблюдать рекомендации врача, если:

1) Они удовлетворены общением с ним (0,45, $p < 0,00$), и особенно его эмоциональной составляющей. Врач выслушивает пациента (0,36, $p < 0,00$), он доброжелателен, внимателен к его жалобам, поддерживает эмоционально (0,54, $p < 0,00$), Будет соблюдать, если уходит от врача в лучшем, чем до приема, настроении (0,38, $p < 0,00$). Выполняет назначения тогда, когда доверяет врачу (0,40, $p < 0,01$).

2) Многое связано с тем, как врач делает назначения. Положительная связь, когда врач информирует пациента (0,44, $p < 0,00$), подробно объясняет суть лечения, и, напротив, отрицательная связь, когда врач назначает препараты, но не объясняет (0,31, $p < 0,03$).

3) Большую роль играет источник получения информации о лекарственных препаратах. Врачи часто утверждают, что пациенты больше прислушиваются к мнению знакомых, родственников, а не к мнению врача (эти данные, полученные на основе анализа анкет более 500 врачей, представлены в нашей статье, готовящейся к печати). Исследование показало, что как в группе мужчин, так и в группе женщин наблюдается связь с тем, откуда получена информация о медикаментах. Назначения выполняются, когда их делает врач и подробно объясняет суть лечения (0,33, $p < 0,00$). Обнаружена отрицательная корреляция выполнения назначений врача, если информация получена из Интернета (-0,28, $p < 0,00$), соседей, родственников (-0,33, $p < 0,00$), а также если никто не объяснил (0,28, $p < 0,01$).

4) Для сохранения комплайенса оказалось важно и то, какие назначения делает врач. Если врач при назначении предлагает более дешевый аналог и рекомендует пациенту самому выбрать терапию, он меньше склонен выполнять назначения врача (-0,31, $p < 0,05$). Отрицательные связи соблюдения рекомендаций врача выявлены с параметром «буду искать дешевый аналог» (-0,21, $p < 0,05$). По всей вероятности, пациенту-мужчине трудно самому делать выбор терапии, и он ждет, что врач сделает четкие, конкретные назначения, которые тогда стоит выполнять. Важно положиться на мнение врача, который знает, как лечить пациента. Может быть, отсюда связь с доверием врачу (0,33, $p < 0,01$).

5) Выявлены связи между характером коммуникативного поведения пациента на приеме и тенденцией выполнять или не выполнять назначения врача. Если пациент активно участвует в разговоре на приеме (0,36, $p < 0,00$), сообщает врачу о своих сомнениях по поводу назначенного лечения (0,36, $p < 0,00$), то он быстрее будет соблюдать назначения врача.

6) Выявлено, что стилем коммуникативного поведения врача, наиболее влияющим на соблюдение пациентом его рекомендаций, является патернализм, когда врач опекает, ведет за собой, заботится о пациенте-мужчине.

Анализ корреляционных связей в группе женщин показал, что у женщин с АГ, склонных соблюдать назначения врача:

1) выявлены значимые связи между тем, насколько часто приходит пациент в лечебное учреждение и соблюдает рекомендации врача (0,26, $p < 0,00$), а также тем, насколько прослеживается удовлетворенность оказываемой медицинской помощью (0,32, $p < 0,01$);

2) наибольшее число связей выявлено с параметрами информирования пациенток-женщин по поводу назначенного лечения и склонностью выполнять назначения врача. Так, положительные значимые связи выявлены, когда врач объясняет свои назначения (0,30, $p < 0,00$), когда информацию о лекарственных препаратах сообщает врач, а не другие информационные источники (соседи, Интернет, справочники) (-0,28, $p < 0,02$). Не случайно, одна из пациенток при беседе с ней отреагировала на вопрос анкеты следующим образом: «В

стационаре дают кучу лекарств, ничего не объясняют. Я знаю, что «Зокор» – это такая квадратненькая таблетка, так я ее пью, а остальное – нет. Откуда я знаю, что мне положили?!»;

3) Важна стратегия врача при назначении им лекарственных препаратов: отрицательная корреляционная связь наблюдается тогда, когда врач сразу говорит о цене препарата (-0,27, $p < 0,03$) или сразу направляет к более дешевому, и, напротив, положительная связь, когда врач предлагает современные, хотя и дорогие лекарства (0,34, $p < 0,00$). В силу того, что пациентки-женщины больше интересуются информацией, связанной с лечением болезни, в большей степени, чем мужчины, изучают различные (в том числе неформальные) источники, содержащие сведения о лекарственных препаратах, они больше разбираются в них и, следовательно, быстрее реагируют на искаженную или неполную информацию, полученную от врача. От него ждут полноценной информации, тогда выполняют его назначения;

4) для женщин так же, как и для мужчин, важно, чтобы ответственность за лечение брал на себя врач (0,31, $p < 0,00$), тогда они будут соблюдать рекомендации врача (ср. метафоричный образ «пациент-ребенок», «врач – заботливая мама», и, напротив, когда ответственность лежит только на пациенте, прослеживается отрицательная связь с выполнением назначений врача (-0,31, $p < 0,00$), что характерно для патерналистских отношений (0,33, $p < 0,00$).

Таким образом, связь компонентов приверженности назначениям врача и доверие к его рекомендациям показывают характеристики общения с врачом, где он занимает руководящую, авторитетную, но не жестко авторитарную позицию. Тем не менее проявляется тяготение пациентов к патерналистской модели отношений с врачом.

Выводы

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1) Проблема отношения к лечению хронического заболевания, представленная на примере пациентов с АГ, сложно и противоречиво отражается в обыденном сознании респондентов. Уровень «понимаемой», рациональной репрезентации в большей степени показывает «социально желательную» позицию, которая фиксирует настрой, готовность пациента лечиться. Однако реальный опыт посещения медицинских учреждений, который отражен в метафорических образах врача и пациента, часто вызывает негативные эмоции и переживания, не способствующие повышению приверженности к лечению болезни. Следовательно, отношение к лечению – это конструкт, функционирующий как на понимаемом, так и на глубинном, не всегда осознаваемом уровне обыденного сознания, но активно влияющий на переживания, установки и поведение больного, создающие комплаинс.

2) Характер общения с врачом как для пациентов-мужчин, так и женщин определяет их отношение к лечению болезни. Пациенты, удовлетворенные оказанной им медицинской помощью, чаще посещают врача и выполняют его назначения. Приверженность лечению, назначенному врачом, выше, если врач эмоционально откликается на переживания пациента, поддерживает его, демонстрирует заинтересованность проблемами больного. Приверженность к лечению, как у мужчин, так и у женщин, страдающих АГ, имеет связь с тем показателем, насколько сам врач активно делает свои назначения, объясняя пациенту суть лечения, включает пациента в обсуждение. Особенно это важно женщинам.

3) Современные пациенты тем не менее еще недостаточно готовы разделять с врачом ответственность за лечение болезни. При порой декларируемой активной позиции они большей активности и ответственности ждут от врача, а когда ее не находят переживают чувства беспомощности, ненужности, «подопытного кролика», над которым проводятся «опыты», назначения которых человек не понимает.

4) В исследовании была выявлена явная направленность респондентов, как женщин, так и мужчин, на патерналистскую модель отношений с врачом, когда тот направляет, ведет за собой, опекает пациента. Однако у респондентов существует другой опыт общения, когда

они видят перед собой отстраненного врача, что нарушает их стремление следовать его назначениям. Им легче следовать врачу, когда тот сам расскажет, объяснит суть назначений.

Готовность взять на себя ответственность за выбор терапии и четко следовать врачебным рекомендациям существует на уровне понимаемого конструкта. Наличие достоверных связей с характеристиками общения с врачом свидетельствует о том, что эту готовность пациента *нужно развивать в процессе сотрудничества*, к которому сегодня пока еще не готовы как сами врачи, так и пациенты. Тем не менее активное обучение врачей психологическим аспектам коммуникации может способствовать переосмыслению позиций в коммуникативном диалоге на приеме и менять у пациентов внутреннюю картину лечения болезни, направленную на комплайнс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н., Фомин И.В., Бадин Ю.В., и др. Гендерные различия в распространенности и эффективности лечения артериальной гипертензии в Европейской части Российской Федерации: результаты исследования ЭПОХА-2007 // Проблемы женского здоровья. 2011. №4. С. 5-11.
2. Конради А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний // Справочник поликлинического врача. 2007. Т. 4. №6. С. 21-25.
3. Леонова М.В., Штейнберг Л.Л., Белоусов Ю. Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертонии ПИФАГОР IV: приверженность врачей // Российский кардиологический журнал 2015. №1 (117). С59-66.
4. Маясова Т.В., Лекомцева А.А., Юсифов К.Д. Проблема отношения к здоровью и здоровому образу жизни студентов-первокурсников [Электронный ресурс] // Вестник Мининского университета. 2015. №3(11). С.4
URL:http://www.mininuniver.ru/scientific/scientific_activities/vestnik/archive/
5. Наумова Е.А., Семенова О.Н., Строкова Е.В., Шварц Ю.Г. Оценка приверженности пациента к длительному лечению с точки зрения его сознательного и неосознанного поведения [Электронный ресурс] // «Инновации в науке». 2012. Выпуск №15.
URL:<http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-priverzhennosti-patsienta-k-dlitemnomu-lecheniyu-s-tochki-zreniya-ego-soznatel'nogo-i-neosoznannogo-povedeniya>
6. Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Об удовлетворенности пациентов лечением в клинике внутренних болезней // Международный медицинский журнал. 2006. №1. С. 121-126.
7. Нефедов И.В., Блинцова Е.В., Аджиенко В.Л., Фролов М.Ю. Приверженность антигипертензивной терапии (комплаинс) у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы // Лекарственный вестник. 2012. Том 6, №6 (46). С. 24-30.
8. Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С. Обыденные представления как фактор, опосредующий поведение в ситуации болезни // Вестник Томского гос. университета. Сер. Психология. 2008. №317. С. 243-246.
9. Тхостов А.Ш. Нелюбина А.С. Проблема формирования приверженности лечению при хронических заболеваниях. // Клиническая психология в здравоохранении и образовании: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. М.: 2011. С. 20-24
10. Урываев В.А. «Внутренняя картина лечения» как клиничко-психологический феномен [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. №5 (22). URL: <http://mprj.ru>.
11. Фомин И.В. Артериальная гипертония в Российской Федерации – последние 10 лет. Что дальше? // Сердце. 2007. Т.6, №3. С.1-6.
12. Фомин И.В., Поляков Д.С., Бадин Ю.В., Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. и др. Артериальная гипертония в Европейской части Российской Федерации с 1998 по 2007 годы: чего мы добились на популяционном уровне? // Сердце. 2016 (в печати).

13. Фомина Н.В., Ревина И.А. Восприятие общения с врачом в процессе лечения болезни мужчинами и женщинами разных возрастных групп // В мире научных открытий. 2014. №11. 1(59). С. 690-723.
14. Фомина Н.В., Ревина И.А. Возможности проективных методов в анализе социальных представлений пациентов о взаимодействии с врачом // Научные труды Института Непрерывного Профессионального Образования. Выпуск четвёртый (№4/2014). Материалы Международной научно-практической конференции «Психоанализ, психологические практики и педагогические технологии в образовании, консалтинге и бизнесе» / под ред. проф. С.В. Чернова. М.: Издательство Института Непрерывного Профессионального Образования, 2014. С.61-67.
15. Шальнова С.А., Деев А.Д. Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006. №5ю С.58-63.
16. Ялтонский В.М. Модель внутренней картины фармакотерапии // Клиническая психология в здравоохранении и образовании: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. М.: 2011. С. 41-45
17. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur. Heart J. 2013, 34: 2159-2219.
18. Carter BL, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse and teamwork in hypertension therapy. J ClinHypertens (Greenwich)2012;14:51-65.
19. Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L, Rhodes S, Shekelle P. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. Ann Intern Med 2005; 143: 427-438.
20. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988–2008. JAMA: 2010; 303: 2043-2050.
21. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. Br J Gen Pract 2005; 55: 875-882.
22. Fomina N.V., Fomin I.V., Perception of difficulties in the treatment of heart failure and hypertension for doctors and patients in Russia. European Journal of Heart Failure, 2015, 17 (Suppl. 1), p. 428.
23. Fomin I.V., Fomina N.V. The price of the medicine as a barrier of the effective treatment of the arterial hypertension in the perception of physicians and patients. Journal of Hypertension, Vol. 32. E-Supplement 1, 2014 e628 PP.40.11.
24. Gupta AK., Arshad S., Poulter NR. Compliance, Safety, and Effectiveness of Fixed-Dose Combinations of Antihypertensive Agents: A Meta-Analysis. Hypertension 2010, 55:399-407.
25. Gu Q, Dillon CF, Burt VL. et al. Association of hypertension treatment and control with all-cause and cardiovascular disease mortality among US adults with hypertension. Am J Hypertens 2010; 23: 38-45.
26. Haynes R.B., McKibbin K.A., Kanani R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. Lancet 1996; 348:383-6.24
27. Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L. Compliance in health care. Baltimore, John Hopkins Univ. Press, 1979.
28. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, Frohlich ED, Re RN. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults. Hypertension 2011; 58: 804-810.
29. Lakoff G. Metaphor and War. The Metaphor System Used to Justify War in the Gulf // <http://metaphor.uoregon.edu/lakoff-1.htm> - 1991.
30. Lewis D. Factors involved in deciding to start preventive treatment: qualitative study of clinicians' and lay people attitudes // BMJ 2003. № 327. P.841.

31. Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care / National Institute for Health and Care Excellence.- London.: UK, 2003. 106p.
32. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V, Borghi C, Brignoli O, Caputi AP, Cricelli C, Mantovani LG. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009;120:1598–1605.
33. Mozaffarian D., Benjamin EJ., Go AS., et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. A Report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015; 131: 00-00. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000152.
34. Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians' perception, knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: the PERCRO-DOC survey. *Atherosclerosis* 2010; 213:598-603.
35. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 2008;336:1114-1117.

REFERENCES

1. Belenkov Yu.N., Fomin I.V., Badin Yu.V. *Gendernyerazlichiya v rasprostranennosti i effektivnosti lecheniya arterial'noj gipertenzii v Evropejskoj chasti Rossijskoj Federatsii: rezul'taty issledovaniya EPOHA-2007* [Gender distinctions in prevalence and efficiency of treatment of arterial hypertension in the European part of the Russian Federation: results of the research ERA-2007]. *Problemy zhenskogo zdorov'ya*, 2011, no.4, pp. 5-11. (In Russian)
2. Konradi A. O. *Znachenie priverzhennosti k terapii v lechenii kardiologicheskikh zabolevanij* [Value of commitment to therapy in treatment of cardiological diseases]. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha*, 2007, T. 4, no. 6, pp. 21-25. (In Russian)
3. Leonova M.V., Shtejnberg L.L., Belousov Yu. *Rezul'taty farmakojepidemiologicheskogo issledovaniya arterial'noj gipertonii PIFAGOR IV: priverzhennost' vrachej* [Results of pharmacological and epidemiological research of an arterial hypertension PIFAGORAS IV: commitment of doctors]. *Rossijskij kardiologicheskij zhurnal*, 2015, no. 1 (117), pp. 59-66. (In Russian)
4. Majasova T.V., Lekomceva A.A., Jusifov K.D. *Problema otnosheniya k zdorov'ju i zdorovomu obrazu zhizni studentov-pervokursnikov* [Problem of the attitude towards health and healthy lifestyle of first-year students]. *Vestnik Mininskogo universiteta*, 2015, no. 3(11), p.4. Available at: http://www.mininuniver.ru/scientific/scientific_activities/vestnik/archive/ (In Russian)
5. Naumova E.A., Semenova O.N., Strokova E.V., Shvarts Yu.G. *Ocenka priverzhennosti pacienta k dlitel'nomu lecheniju s tochki zreniya ego soznatel'nogo i neosoznannogo povedeniya* [Assessment of commitment of the patient to long-term treatment from the point of view of his conscious and unconscious behavior]. *«Innovatsii v nauke»*, 2012, no. 15. Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-priverzhennosti-patsienta-k-dlitemu-lecheniyu-s-tochki-zreniya-ego-soznatelnogo-i-neosoznannogo-povedeniya> (In Russian)
6. Naumova E.A., Shvarts Yu.G. *Ob udovletvorennosti patsientov lecheniem v klinike vnutrennih boleznej* [About satisfaction of patients with treatment in clinic of internal diseases]. *Mezhdunarodnyj meditsinskij zhurnal*, 2006, no.1, pp. 121-126 (In Russian)
7. Nefedov I.V., Blintsova E.V., Adzhienko V.L., Frolov M.YU. *Priverzhennost' antigipertenzivnoj terapii (komplajns) u pacientov s zabolevanijami serdechno-sosudistoj sistemy* [Commitment of the therapy, directed to lowering of arterial pressure (compliance) at patients with diseases of cardiovascular system]. *Lekarstvennyj vestnik*, 2012, T.6, no. 6 (46), pp. 24-30. (In Russian)
8. Tkhostov A.Sh. *Obydennye predstavleniya kak faktor, oposredujushhij povedenie v situacii bolezni* [Ordinary notions as a factor mediating behavior in the disease situation]. *Vestnik Tomskogo gos. universiteta*. Ser. Psikhologiya. 2008, no. 317, pp. 243-246. (In Russian)

9. Thostov A.Sh. Nelyubina A.S. *Problema formirovaniya priverzhennosti lecheniyu pri hronicheskikh zabolevaniyah* [Problem of formation of commitment to treatment at chronic diseases] // «Klinicheskaya psihologiya v zdravoohranenii i obrazovanii». Sbornik materialov Vserossijskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem – M.: 2011. – P. 20-24 (In Russian)
10. Uryvaev V.A. «*Vnutrennjaja kartina lechenija*» kak kliniko-psihologicheskij fenomen ["Inner picture of treatment" as clinico-psychological phenomenon]. *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. Zhurn*, 2013, no. 5 (22). Available at: <http://mprj.ru>. (In Russian)
11. Fomin I.V. *Arterial'naja gipertonija v Rossijskoj Federacii – poslednie 10 let. Chto dal'she?* [Arterial hypertension in the Russian Federation – the last 10 years. What's next?]. *Serditse*, 2007, tom 6, no. 3, pp. 1-6. (In Russian)
12. Fomin I.V., Polyakov D.S., Badin Yu.V., Belenkov Yu.N., Mareev V.Yu., Ageev F.T. *Arterial'naja gipertonija v Evropejskoj chasti Rossijskoj Federacii s 1998 po 2007 gody: chego my dobilis' na populjacionnom urovne?* [Arterial hypertension in the European part of the Russian Federation from 1998 to 2007: what have we achieved at the level of population?]. *Serditse*, 2016 g v pečati. (In Russian)
13. Fomina N.V., Revina I.A. *Vosprijatie obshhenija s vrachom v processe lechenija bolezni muzhchinami i zhenshhinami raznyh vozrastnyh grupp* [Perception of communication with the doctor in the course of treatment of an illness by men and women of different age groups]. *V mire nauchnyh otkrytij*, 2014, no. 11. 1(59), pp. 690-723. (In Russian)
14. Fomina N.V., Revina I.A. *Vozmozhnosti proektivnyh metodov v analize social'nyh predstavlenij pacientov o vzaimodejstvii s vrachom* [Possibilities of projective methods in the analysis of social ideas of patients of interaction with the doctor]. *Nauchnye trudy Instituta Nepreryvnogo Professional'nogo Obrazovaniya. Vypusk četvjortyj (№4/2014). Materialy Mezhdunarodnoj nauchno-praktičeskoj konferencii «Psihoanaliz, psihologičeskie praktiki i pedagogičeskie tehnologii v obrazovanii, konsaltinge i biznese» / pod red. prof. S.V. Chernova* [Proceedings of the Institute of Continuing Professional Education. Release of the fourth (№4 / 2014). International scientific-practical conference "Psychoanalysis, psychological practice and educational technology in education, consulting and business" / ed. prof. SV Chernoff]. Moscow, Izdatel'stvo Instituta Nepreryvnogo Professional'nogo Obrazovaniya, 2014, pp.61-67. (In Russian)
15. Shal'nova S.A., Deev A.D. *Harakteristika pacientov vysokogo riska. Rezul'taty jepidemiologičeskoj chasti nauchno-obrazovatel'noj programmy OSKAR* [Characteristic of patients of high risk. Results of epidemiological part of a scientific educational program OSCAR]. *Kardiovaskulyarnaya terapija i profilaktika*, 2006, no. 5, pp. 58-63. (In Russian)
16. Yaltonskij V.M. *Model' vnutrennej kartiny farmakoterapii* [Model of an internal picture of pharmacological therapy] // «Klinicheskaya psihologiya v zdravoohranenii i obrazovanii». Sbornik materialov Vserossijskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastie M.: 2011. P. 41-45(In Russian)
17. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.* 2013, 34: 2159-2219.
18. Carter BL, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse and teamwork in hypertension therapy. *J ClinHypertens (Greenwich)*2012;14:51-65.
19. Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L, Rhodes S, Shekelle P. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med* 2005; 143: 427-438.
20. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988–2008. *JAMA*: 2010; 303: 2043-2050.
21. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 875-882.

22. Fomina N.V., Fomin I.V., Perception of difficulties in the treatment of heart failure and hypertension for doctors and patients in Russia. *European Journal of Heart Failure*, 2015, 17 (Suppl. 1), p. 428.
23. Fomin I.V., Fomina N.V. The price of the medicine as a barrier of the effective treatment of the arterial hypertension in the perception of physicians and patients. *Journal of Hypertension*, Vol. 32. E-Supplement 1, 2014 e628 PP.40.11.
24. Gupta AK., Arshad S., Poulter NR. Compliance, Safety, and Effectiveness of Fixed-Dose Combinations of Antihypertensive Agents: A Meta-Analysis. *Hypertension* 2010, 55:399-407.
25. Gu Q, Dillon CF, Burt VL. et al. Association of hypertension treatment and control with all-cause and cardiovascular disease mortality among US adults with hypertension. *Am J Hypertens* 2010; 23: 38-45.
26. Haynes R.B., McKibbon K.A., Kanani R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet* 1996; 348:383-6.24
27. Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L. Compliance in health care. Baltimore, John Hopkins Univ. Press, 1979.
28. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, Frohlich ED, Re RN. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension* 2011; 58: 804-810.
29. Lakoff G. Metaphor and War. The Metaphor System Used to Justify War in the Gulf // <http://metaphor.uoregon.edu/lakoff-1.htm> - 1991.
30. Lewis D. Factors involved in deciding to start preventive treatment: qualitative study of clinicians' and lay people attitudes // *BMJ* 2003. № 327. P.841.
31. Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care / National institute to clinical excellence.- London.: UK, 2003. 106p.
32. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V, Borghi C, Brignoli O, Caputi AP, Cricelli C, Mantovani LG. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009;120:1598–1605.
33. Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go AS., et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. A Report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015; 131: 00-00. DOI: 10.1161/CIR.000000000000152.
34. Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians' perception. knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: the PERCRO-DOC survey. *Atherosclerosis* 2010; 213:598-603.
35. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 2008;336:1114-1117.

© Фомина Н.В., Фомин И.В., Федосеева Т.Е., 2016

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Фомина Наталья Вячеславовна – кандидат психологических наук, доцент кафедры классической и практической психологии, Нижегородский государственный педагогический университет имени Козьмы Минина (Мининский университет), Нижний Новгород, Российская Федерация, e-mail: fominataly@yandex.ru

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Fomina Natalya Vyacheslavovna – Candidate of Psychological Sciences, associate professor of classical and practical psychology, Minin Nizhny Novgorod State Pedagogical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation, e-mail: fominataly@yandex.ru.

Фомин Игорь Владимирович – доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней, Нижегородская государственная медицинская академия, Лауреат Премии Правительства РФ, Председатель Всероссийского общества специалистов по сердечной недостаточности
г. Нижний Новгород, Российская Федерация; e-mail: fomin-i@yandex.ru

Fomin Igor Vladimirovich – MDPHD, professor of department of internal medicine, Nizhny Novgorod State Medical Academy, Winner of the Award of the Government of the Russian Federation, Chairman of the All-Russian society of specialists in heart failure, Nizhny Novgorod, Russian Federation; e-mail: fomin-i@yandex.ru.

Федосеева Татьяна Евгеньевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры классической и практической психологии, Нижегородский государственный педагогический университет имени Козьмы Минина (Мининский университет), Нижний Новгород, Российская Федерация, e-mail: larry7@mail.ru

Fedoseeva Tatyana Evgenyevna – Candidate of Psychological Sciences, associate professor of classical and practical psychology, Minin Nizhny Novgorod State Pedagogical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation, e-mail: larry@mail.ru.