

## ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Е. В. Строчкова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры факультетской терапии лечебного факультета; **Е. А. Наумова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры факультетской терапии лечебного факультета, доктор медицинских наук; **Ю. Г. Шварц** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой факультетской терапии лечебного факультета, профессор, доктор медицинских наук; **О. Н. Семенова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры факультетской терапии лечебного факультета.

### PHYSICIAN PERSONAL CHARACTERISTICS INFLUENCING LONG-TERM TREATMENT OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

**E. V. Strokova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Faculty Therapy of Medical Faculty; Assistant; **E. A. Naumova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Faculty Therapy of Medical Faculty; Professor, Doctor of Medical Science; **Y. G. Schwartz** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Faculty Therapy of Medical Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **O. N. Semenova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Faculty Therapy of Medical Faculty, Post-graduate.

Дата поступления — 10.02. 2013 г.

Дата принятия в печать — 30.05.2013 г.

**Строчкова Е. В., Наумова Е. А., Шварц Ю. Г., Семенова О. Н.** Влияние личностных особенностей лечащего врача на приверженность пациентов к длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 2. С. 263–269.

**Цель:** выявить особенности личности лечащего врача, влияющие на приверженность к длительному лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. **Материал и методы.** Практикующим врачам — терапевтам и кардиологам предлагалось заполнить ряд опросников для определения типа темперамента, наличия и выраженности синдрома эмоционального выгорания и способности к эмпатии. Затем для каждого врача набиралась группа пациентов, с которыми осуществлялся телефонный контакт через год после их выписки из стационара. В ходе телефонного разговора пациентов спрашивали о продолжении ими терапии, назначенной в стационаре, о регулярности приема препаратов, о частоте пропусков и об оценке пациентом своего лечащего врача. **Результаты.** Пригодными для интерпретации оказались 35 анкет врачей. Связаться через год после выписки из стационара удалось со 147 пациентами, из которых полностью прекратили лечение рекомендованными препаратами 18,4% (27) пациентов. Положительная оценка пациентом своего врача ассоциировалась с продолжением терапии рекомендованными препаратами и регулярным их приемом ( $p=0,03$ ). Пациенты оценивали лечащего врача положительно чаще в случае низкого уровня эмоционального истощения, высокого уровня деперсонализации (цинизма) и редукции личностных достижений (ощущение профессиональной неэффективности) у врача. **Заключение.** Оценка пациентом своего лечащего врача достоверно и значимо влияет как на приверженность к длительному лечению, так и на его регулярность.

**Ключевые слова:** эмоциональное выгорание, эмпатия, приверженность, сердечно-сосудистые заболевания.

**Strokova E. V., Naumova E. A., Schwartz Y. G., Semenova O. N.** Physician personal characteristics influencing long-term treatment of patients with cardiovascular diseases // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 2. P. 263–269.

**The main purpose of the article** is to identify the peculiarities of a doctor personality, affecting long-term therapy in patients with cardiovascular diseases. **Materials and methods:** To determine the type of temperament, the presence and intensity of the syndrome of emotional burnout and capacity for empathy therapists and cardiologists were asked to fill in a number of questionnaires. Each doctor had a group of patients contacting by telephone for a year after the discharge from the hospital. During the telephone contact, the patients were asked about the continuation of their therapy recommended in the hospital, the regularity of therapy, the frequency of absence, and the assessment of a physician by the patients. **Results:** 35 questionnaires were suitable for interpretation. Through one year after the discharge from the hospital it was able to contact with 147 patients, 18.4% (27) of patients completely stopped the treatment by recommended drugs. Positive assessment of physicians was associated with the continuation of the therapy by recommended drugs and regularity of drug taking ( $p=0,03$ ). Patients assessed physicians positively more often in cases of low level of emotional state, high level of depersonalization (cynicism) and the reduction of personal accomplishment (feeling of professional inefficiency) in a doctor. **Conclusion:** Assessment of physicians by patients is reliably and significantly influenced by continuation of long-term therapy and regularity of drug taking.

**Key words:** emotional burnout, empathy, adherence to treatment, cardiovascular diseases.

**Введение.** Проблема невыполнения врачебных рекомендаций по-прежнему остается актуальной для врачей, психологов и социологов. Их общие усилия, направленные на то, чтобы объяснить причины несоблюдения рекомендаций врачей и улучшить положение вещей, в целом неэффективны. Хотя успешные вмешательства в принципе существуют, однако более половины вмешательств терпит неудачу [1]. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в разработке вмешательств, призванных увеличить

степень выполнения врачебных рекомендаций, приверженность пациентов к длительному лечению остается приблизительно на одном и том же уровне за последние десятилетия [1, 2].

Экспертами ВОЗ в 2003 г. [2] выделены факторы, влияющие на выполнение медицинских рекомендаций: социально-экономические; связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения; связанные с проводимой терапией; связанные с пациентом; связанные с состоянием пациента в данный момент. К факторам, связанным с медицинским персоналом и системой здравоохранения, отнесены степень развития медицинской системы в целом; степень развития системы распределения медицин-

**Ответственный автор** — Наумова Елизавета Александровна  
Адрес: 410600, г. Саратов, ул. Мичурина, 62/64, кв. 98.  
Тел. 89272777606  
E-mail: Naumova-L@yandex.ru

ских услуг; образование медицинского персонала (в частности его представление о проблеме приверженности пациентов к терапии); система образования пациентов и их длительного наблюдения; время, отводимое на консультацию пациента.

Непременным условием эффективного сотрудничества лечащего врача и пациента по данным зарубежной и отечественной литературы априори считаются развитые эмпатические способности врача, позволяющие понять проблемы пациента, поддержать его, создать доверительную, психологически комфортную для пациента обстановку [3]. Существенное влияние на приверженность пациентов к лечению оказывает и наличие синдрома профессионального (эмоционального) выгорания медицинских работников [4]. Согласно современным данным, под «психическим выгоранием» (синдром эмоционального выгорания — СЭВ) понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения в профессиях социальной сферы. Этот синдром включает три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений [4]. Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой. Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. В частности, в социальной сфере деперсонализация предполагает бесчувственное, негуманное отношение к пациентам, которые воспринимаются не как живые люди, а как набор синдромов или диагнозов. Наконец, редукция профессиональных достижений означает возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней. Влияя практически на все стороны клинической практики и стереотипы работы, СЭВ способствует ненадлежащему отношению к профессиональным обязанностям и ухудшает качество оказания медицинской помощи, что потенциально может отрицательно влиять на степень выполнения врачебных рекомендаций.

**Цель исследования:** выявить особенности личности лечащего врача — кардиолога / терапевта, влияющие на приверженность к длительному лечению его пациентов.

**Материал и методы.** В исследование включались врачи — *терапевты и кардиологи* Клинической больницы им. С. Р. Миротворцева г. Саратова, согласившиеся заполнить тесты-опросники (анкета с общедемографическими вопросами (возраст, семейное положение, наличие детей, стаж работы, общая удовлетворенность работой). Предлагалась методика диагностики уровня эмпатических способностей В.В. Бойко [5], опросник выявления эмоционального выгорания МВІ (Маслач К., Джексон С.) [5]. Для определения типа темперамента использовался личностный опросник Г. Айзенка (форма А) [6]. В последующем для каждого врача, согласившегося участвовать в исследовании, набиралась группа пациентов, с которыми осуществлялся телефонный контакт через год после их выписки из стационара. В ходе телефонного разговора пациентов (по специальным формам-опросникам) спрашивали о продолжении ими терапии, назначенной им в стационаре, о регулярности приема препаратов, о частоте пропусков; кроме того, выясняли оценку пациентом своего лечащего врача. Учитывалось, продолжает ли пациент прием каких-либо препаратов, назначенных ему при выписке, или полностью прекратил лечение

рекомендованными средствами. Регулярность приема препаратов оценивалась на основании ответа пациента на вопрос: «Регулярно ли Вы принимаете препараты, назначенные Вам в стационаре?» При ответе на вопрос пациент мог выбрать один из трех возможных вариантов: «Да, всегда», «Да иногда», «Нет». При анализе результатов первый ответ пациента, однозначно положительно оценивающий лечение, рассматривался как «правильный» (т.е. положительный), а два других варианта ответа считались «проблемными» (т.е. с негативной оценкой пациента) [7]. Оценка пациентом своего лечащего врача определялась по такому же принципу: абсолютно положительная или негативная. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 8.0 путем однофакторного анализа и пошаговой логистической регрессии.

**Результаты.** В исследовании согласились принять участие 40 врачей. Пригодными для интерпретации оказались 35 анкет. Мужчины составили 25,7% (9 человек) выборки, женщины 74,3% (26). Возраст исследуемых колебался от 24 до 78 лет, составив в среднем 36,6 года. 74,3% (25 человек) врачей имеют стаж работы в стационаре более 5 лет. Полностью удовлетворены своей работой 42,9% (15) опрошенных. Общая характеристика врачей, принявших участие в исследовании, представлена в табл. 1.

Таблица 1

Общая характеристика врачей

Признак		Количество врачей из n = 35	%
Пол	мужской	9	25,7
	женский	26	74,3
Состоят в браке		20	57,1
Есть дети		18	51,4
Стаж работы более 5 лет		25	71,4
Удовлетворены работой		15	42,9
Сотрудники кафедры СГМУ		19	54,3
Участвуют в клинических исследованиях		11	31,4

**Синдром эмоционального выгорания среди врачей — кардиологов и терапевтов.**

Все опрошенные показали средний уровень эмоционального выгорания. Однако в синдроме эмоционального выгорания составляющие его симптомы (эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личностных достижений) представлены неодинаково. Низкий уровень эмоционального истощения выявлялся лишь у 11,4% (4), высокий — у 1 респондента, низкий уровень деперсонализации имели 16 (45,7%) врачей, остальные — средний уровень, высокая редукция личностных достижений обнаружена у 40% (14) опрошенных. Средний и высокий уровень эмоционального истощения с тенденцией к достоверности чаще встречался у врачей со стажем работы более 5 лет ( $p=0,08$ ). У кардиологов с низким эмоциональным истощением реже развит эмоциональный канал эмпатии ( $p=0,05$ ). Врачи-кардиологи, не идентифицирующие себя в эмпатии (т.е. не способные ощутить себя на месте пациента), чаще имеют средний, чем высокий уровень редукции личностных достижений в рамках синдрома

эмоционального выгорания ( $p=0,05$ ), а также чаще удовлетворены в целом своей работой ( $p=0,04$ ). На выраженность эмпатических способностей врачей — кардиологов и терапевтов не оказывают влияния стаж работы, удовлетворенность работой, семейное положение и наличие детей.

*Способность к эмпатии врачей — кардиологов и терапевтов.*

Высокого уровня эмпатических способностей среди опрошенных врачей выявлено не было. В 37,1% (13) случаев уровень эмпатии был очень низким, у 37,1% (13) человек заниженным и у 25,7% (9) выявлены средние эмпатические способности. В 65,7% (23) у врачей преобладающим оказывался эмоциональный канал эмпатии, т.е. способность сопереживать, соучаствовать, у 25,7% (9 человек) наиболее значимым в структуре эмпатии был рациональный канал (направленность внимания и восприятия на понимание сущности другого человека, его состояния и поведения). Интуитивный канал эмпатии (способность предвидеть поведение партнеров при исходном дефиците информации о нем) оказался ведущим в структуре эмпатии у 14,3% (5) опрошенных. 22,9% (8) врачей активно использовали более одного канала эмпатии.

*Типы темперамента врачей.*

При исследовании типа темперамента врачей — кардиологов и терапевтов больше всего оказалось

меланхолического типа — 34,3% (12), чуть меньше флегматиков — 25,7% (9), холерический тип темперамента определялся в 17,1% (6), а сангвиником оказался лишь 1 человек (2,9%). 20% врачей (7) не удалось отнести ни к одному из типов темперамента. Большая часть опрошенных врачей оказалась интровертами 42,9% (15), экстравертами являлись 17,1% (6) врачей, врачей с низким уровнем нейротизма в данной выборке не оказалось, высокий уровень нейротизма определялся в 20% (7) случаев.

Средний уровень эмпатии достоверно чаще встречался у врачей с холерическим типом темперамента ( $p=0,01$ ), тогда как очень низкие эмпатические способности характерны для врачей-флегматиков ( $p=0,007$ ). Наиболее высокие показатели эмпатии из опрошенных были присущи врачам-экстравертам, в то время как интроверты демонстрировали чаще очень низкую и заниженную способность к эмпатии ( $p=0,009$ ). Уровень нейротизма достоверно не связан с выраженностью эмпатических способностей. Не было получено достоверных связей между выраженностью компонентов эмоционального выгорания и эмпатией на данной выборке врачей.

Связаться через год после выписки из стационара удалось со 147 пациентами, которых лечили 15 врачей из выборки, так что на каждого врача в среднем приходилось по 10 пациентов. Характеристики пациентов, принявших участие в исследовании, представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Характеристика пациентов, принявших участие в исследовании**

		Количество из n=147	%
Пол	Мужской	70	47,6
	Женский	77	52,4
Возраст	Трудоспособный	36	24,5
	Пенсионный	111	75,5
Имеющаяся патология	Артериальная гипертония	146	99,3
	ИБС	131	89,1
	Перенесенный инфаркт миокарда	74	50,3
	ХСН	129	87,8
	Аритмия	53	36
	Остеохондроз	26	17,7
	Сахарный диабет и ожирение	59	40,1
	Заболевания щитовидной железы	32	21,7
	Заболевания легких	16	10,9
	Заболевания ЖКТ	47	31,2
	Заболевания печени	27	18,4
	Заболевания глаз	6	4
	ЛОР-заболевания	2	1,4
	Гинекологические заболевания	2	1,4
	Урологические заболевания	8	5,4
	Заболевания почек	29	19,7
	Заболевания НС	43	29,3
	Другие	68	46,3
Сумма заболеваний	Менее 5	83	56,5
	Более 5	64	43,5

По данным телефонного опроса, через год после выписки из стационара полностью прекратили лечение рекомендованными препаратами 18,4% (27) пациентов. Чаще пациенты самостоятельно или по чьему-либо совету прекращали прием одной или нескольких групп рекомендованных при выписке препаратов. Препараты, назначенные пациентам при выписке и прием которых они прекратили через год, представлены в табл. 3.

Пол, возраст, внешняя конституция врача, его семейное положение, наличие детей, стаж работы по профессии и удовлетворенность своей работой не оказывали влияния на приверженность к длительному лечению его пациентов (табл. 4). Из личностных характеристик лечащего врача, установленных в ходе однофакторного анализа, темперамент врача в целом, уровень нейротизма, экстраверсия или интроверсия врача, как и выраженность отдельных компонентов синдрома эмоционального выгорания, достоверно не повлияли на принятие решения о полном прекращении лечения пациентом. Была обнаружена статистическая тенденция, что чем меньше были выражены эмпатические способности у врача, тем чаще пациенты не прекращали лечение рекомендованными препаратами полностью. Так, в случае очень низких эмпатических способностей врача лечение в течение года продолжали 36% (53) пациента, тогда как при среднем уровне эмпатии врача лечение в течение года продолжали только 15,6% (23),  $p=0,09$ .

Из характеристик самого пациента на приверженность к длительному лечению рекомендованными препаратами при однофакторном анализе повлияли с тенденцией к достоверности пол и возраст пациентов: мужчины и лица, не достигшие пенсионного возраста, полностью прекращали прием всех рекомендованных препаратов чаще с тенденцией  $p=0,09$ . Статистически достоверно, что пациенты, имеющие меньшее количество сопутствующей патологии, чаще прекращают лечение полностью в течение года после выписки из стационара ( $p=0,04$ ). Наличие у пациентов перенесенного инфаркта миокарда ( $p=0,02$ ), симптомов хронической сердечной недостаточности ( $p=0,02$ ), стенокардии напряжения ( $p=0,04$ ) и мерцательной аритмии ( $p=0,04$ ) ассоциировалось с более частым полным прекращением рекомендованного лечения, тогда как нарушение ритма сердца, приведшее к госпитализации, с тенденцией к достоверности  $p=0,09$  снижало вероятность полного отказа от лечения (табл. 5).

При проведении логистического регрессионного анализа в первоначальную модель включались все анализируемые факторы, как со стороны врача, так и пациента. Далее с помощью пошаговой логистической регрессии постепенно исключались из анализа факторы, не оказывающие влияния на изучаемую характеристику (продолжение терапии или регулярность лечения). В результате удалось выявить группу факторов, комбинация которых с достоверностью  $p=0,004$  оказывала влияние на продолжение рекомендованной терапии в течение года (см. табл. 4): наличие инфаркта миокарда в анамнезе у пациента (отношение шансов (ОШ) 0,35 при доверительном интервале (ДИ) 95% 0,13–0,94;  $p=0,03$ ), оценка пациентом своего лечащего врача (ОШ 2,1 при доверительном интервале (ДИ) 95% 1–4,2;  $p=0,04$ ), а также наличие детей у лечащего врача (ОШ 3,8 при доверительном интервале (ДИ) 95% 0,94–15,2;  $p=0,05$ ) и пол пациента (ОШ 0,4 при доверительном интервале

(ДИ) 95% 0,13–1;  $p=0,06$ ). Аналогичным образом было выявлено, что на регулярность терапии, по данным самоотчета пациента, оказывала влияние следующая группа факторов с достоверностью уравнения  $p=0,05$  (см. табл. 5): перенесенный инфаркт миокарда (ОШ 0,45 при доверительном интервале (ДИ) 95% 0,26–0,96;  $p=0,04$ ) и оценка лечащему врачу (ОШ 1,9 при доверительном интервале (ДИ) 95% 0,9–4,17;  $p=0,08$ ).

Поскольку негативная оценка пациентом своего лечащего врача оказывала значительное влияние как на вероятность полного прекращения терапии рекомендованными препаратами, так и на регулярность их приема, решено было проанализировать, какие характеристики врача (профессиональные, социальные, внешние, личностные) формируют эту интегральную оценку у пациента. В ходе однофакторного анализа удалось установить, что на оценку пациентом своего лечащего врача не влияют такие характеристики врача, как его пол, возраст, стаж работы, удовлетворенность своей работой, является ли врач сотрудником медицинского университета, опыт участия в клинических исследованиях, его семейное положение, наличие детей, внешняя конституция.

При пошаговой логистической регрессии (табл. 6) были выделены личностные характеристики лечащего врача, с вероятностью  $p=0,03$ , влияющие на оценку его пациентом: эмоциональное истощение (ОШ 1,1 при доверительном интервале (ДИ) 95% 1–1,2;  $p=0,04$ ), деперсонализация (ОШ 0,8 при доверительном интервале (ДИ) 95% 0,7–1;  $p=0,05$ ), редукция личностных достижений (ОШ 0,9 при доверительном интервале (ДИ) 95% 0,81–0,98;  $p=0,02$ ). Как ни парадоксально, но чем более выражены были симптомы эмоционального выгорания, в частности деперсонализация и редукция личностных достижений, тем чаще пациенты оценивали врача абсолютно положительно.

В свою очередь, деперсонализация врача и редукция личностных достижений (ощущение профессиональной «неэффективности») зависят от комплекса таких факторов, как наличие детей (ОШ 0,06 при доверительном интервале (ДИ) 95% 0,006–0,06;  $p=0,01$ ) и развитости у врача эмоционального (ОШ 9,2 при доверительном интервале (ДИ) 95% 0,8–94,6;  $p=0,05$ ) и интуитивного (ОШ 12,4 при доверительном интервале (ДИ) 95% 0,9–163;  $p=0,04$ ) каналов эмпатии для деперсонализации, а в случае редукции личностных достижений только от идентификации врача в эмпатии ( $p=0,05$ ). Другими словами, выраженность деперсонализации (врачебного цинизма) меньше в случае развитых способностей врача к сопереживанию и соучастию, умения интуитивно предвидеть поведение пациента при отсутствии у него детей.

Пол, возраст, причина госпитализации, сопутствующая патология пациента не оказывали достоверного влияния на оценку пациентом своего лечащего врача. Была обнаружена лишь статистическая тенденция ( $p=0,1$ ), что женщины и пациенты, перенесшие в анамнезе инфаркт миокарда, чаще остальных оценивали своего врача положительно.

**Обсуждение.** По данным одного хорошо известного опроса пациентов и их врачей о том, какими же качествами должен обладать «хороший доктор», большая часть респондентов выделила следующие моменты: уважение к пациенту, умение поддержать пациента и его родственников, выслушать его внимательно, задавать учтивые вопросы, давать возможность высказаться [8], другими сло-

Таблица 3

**Препараты, назначенные пациентам при выписке,  
прием которых они прекратили через год**

	При выписке		Телефонный контакт через 12 месяцев	
	n=147	%	n=147	%
Нитраты *	42	28,6	31	21,1
β-блокаторы**	114	77,5	83	56,5
ИАПФ**	118	80,3	76	51,7
Сартаны	20	13,6	21	14,3
Антагонисты кальция**	61	41,5	27	18,4
Дезагреганты**	135	91,8	92	62,6
Статины**	101	68,7	36	24,5
Диуретики**	100	68,3	65	44,2
Антиаритмики*	13	8,84	7	4,8

Примечание: \*p=0,1, \*\*p<0,01.

Таблица 4

**Результаты анализа логистической регрессии: факторы,  
влияющие на продолжение пациентом терапии**

	Const. B0	Конституция врача	Состояние в браке (врач)	Наличие детей у врача	Стаж работы врача	Удовлет- ворен- ность врача работой	Пол пациента	Пере- несенный ИМ в ан- нам-незе у пациента	Оценка пациентом врача
p-level	0,40	0,45	0,25	0,05	0,09	0,17	0,06	0,03	0,04
ОШ	0,38	1,3	1,8	3,8	0,22	0,43	0,4	0,35	2,1
-95% ДИ	0,04	0,63	0,65	0,94	0,03	0,13	0,13	0,13	1,0
+95% ДИ	3,72	2,75	5,0	15,2	1,35	1,45	1,0	0,94	4,2

Таблица 5

**Результаты анализа логистической регрессии: факторы,  
влияющие на регулярность приема назначенных препаратов**

	Const. B0	Пол паци- ента	Возраст пациента	Деперсо- нализация	Редукция личност- ных дости- жений	Эмпатия	Установ- ки, способ- ствующие эмпатии	Пере- несенный ИМ в ан- намнезе у пациента	Оценка врачу
p-level	+	0,2	0,4	0,14	0,47	0,14	0,10	0,04	0,08
ОШ	0,04	1,7	1,0	1,96	1,5	1,6	2,2	0,45	1,9
-95% ДИ	0,002	0,74	0,98	0,8	0,5	0,85	0,8	0,26	0,9
+95%ДИ	0,6	4,1	1,05	4,7	4,9	3,06	5,7	0,96	4,17

Таблица 6

**Результаты анализа логистической регрессии: характеристики врача,  
влияющие на его оценку пациентами**

	Const.B0	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция личностных достижений
p-level	0,13	0,04	0,05	0,02
ОШ	9,9	1,1	0,8	0,9
— 95%ДИ	0,5	1,0	0,7	0,81
+95%ДИ	200,1	1,2	1,0	0,98

вами: эмоциональная поддержка, сопереживание, соучастие — способность к эмпатии. Однако, понятия «хороший доктор» и «доктор, чьи рекомендации пациент следует», не идентичны. В ходе нашего исследования были получены статистически подтвержденные данные, что никакие из характеристик лечащего врача, в том числе и его личностные характеристики (тип темперамента, выраженность эмпатических способностей и степень эмоционального выгорания врача) на приверженность к длительному приему препаратов, рекомендованных для лечения кардиологических заболеваний, достоверно не повлияли.

Интересной представляется обнаруженная статистическая тенденция, заключающаяся в том, что пациенты, чьи лечащие врачи обладали очень низкими эмпатическими способностями, реже полностью прекращали рекомендованное лечение в течение года. Это может быть связано с восприятием частью пациентов таких жестких, не эмоциональных, не сопереживающих врачей как некоего «авторитета», чьи рекомендации следует выполнять неукоснительно, что, естественно, справедливо лишь для какой-то части больных.

Логично было бы ожидать, что наличие у лечащего врача развернутого синдрома эмоционального выгорания негативно будет влиять на формирование партнерских отношений «врач — пациент» и, соответственно, уменьшать степень приверженности пациента к рекомендованной этим врачом терапии. Все врачи, включенные в данное исследование, показали одинаковый — средний уровень эмоционального выгорания, в связи с чем анализировать можно лишь отдельные компоненты синдрома, представленные в группе врачей неодинаково. Оказалось, что ни эмоциональное истощение врача, ни уровень его деперсонализации, ни выраженность редукиции личностных достижений изолированно не повлияли на приверженность к длительному лечению, как и другие отдельные характеристики врача. Принятие решения о соблюдении или несоблюдении врачебных рекомендаций — сложный процесс, который и не может определяться только полом, семейным положением или какой-то психологической характеристикой врача. В нашем исследовании наиболее значимым фактором, влиявшим как на принятие решения о длительном лечении, так и на регулярность последующей терапии, явилась оценка пациентом своего врача. Пациенты, оценивавшие своих врачей исключительно положительно, реже полностью прекращали лечение и принимали препараты более регулярно ( $p=0,08$  и  $p=0,04$  соответственно). Оценка пациентом своего лечащего врача — это часть социальной перцепции, которую можно определить как восприятие внешних признаков человека, сопоставление их с его личностными характеристиками, толкование и прогнозирование на этом основании его действий и поступков [9]. Оценка другого человека в процессе социальной перцепции присутствует непременно и способствует выработке в зависимости от этой оценки и произведенного объектом впечатления определенного отношения в эмоциональном и поведенческом аспекте; в нашем случае: следовать или не следовать рекомендациям данного врача. Социальная перцепция зависит от эмоций, намерений, мнений, установок, пристрастий и предубеждений воспринимающего [9], т.е. пациента, в связи с чем один и тот же врач может крайне высоко оцениваться одним пациентом и абсолютно негативно другим.

Оценка пациентом врача, как оказалось, складывается из компонентов синдрома эмоционального выгорания, причем чем выше деперсонализация врача и ощущение им своей профессиональной неэффективности, тем выше его оценка пациентом. В одном из зарубежных исследований [10] сравнивали врачей общей практики с установленным синдромом эмоционального выгорания и без такового. Оказалось, что врачи с выраженным эмоциональным истощением и значительной деперсонализацией во время своих консультаций уделяли больше внимания социальным темам и психологическому состоянию их пациентов, тогда как общение врачей с выраженной редукицией личностных достижений было менее эмоционально насыщено, они реже смотрели своим пациентам в глаза и реже были сконцентрированы на проблемах пациента [10]. Вероятно, такое поведение врачей носит характер компенсации: ощущая собственную эмоциональную опустошенность и профессиональную неэффективность, врачи больше внимания уделяют именно психологическим проблемам. По данным других источников, эмоциональное выгорание врачей часто связано с особенностями организации труда, необходимостью заполнять большое количество бумажной документации, тогда как живое общение с пациентами, напротив, не истощает, а приносит доктору ощущение удовлетворенности, в связи с чем врачи с синдромом эмоционального выгорания имеют более длительные консультации по сравнению с коллегами без признаков СЭВ [10].

**Заключение.** На приверженность к длительному лечению как осознанию необходимости терапии и на регулярность приема рекомендованных препаратов влияет результат взаимодействия комплекса факторов, как со стороны врача, так и со стороны пациента. Восприятие пациентом различных характеристик лечащего врача, включая его внешние, профессиональные, поведенческие, личностные характеристики, формирует оценку пациентом своего лечащего врача, которая, наряду с другими компонентами системы «врач — пациент», достоверно и значимо влияет как на приверженность к длительному лечению, так и на его регулярность. Наиболее значимыми факторами, формирующими позитивную оценку пациентом своего врача, являются степень выраженности компонентов синдрома эмоционального выгорания (высокая деперсонализация и редукиция личностных достижений) и низкий уровень эмоционального истощения.

**Конфликт интересов.** Работа не имеет конфликта интересов.

#### Библиографический список

1. Patient adherence to medical treatment: a meta review/ E. Sluijs, S. van Dulmen, L. van Dijk [et al.] // BMC Health Services Research. 2007. Vol. 7. № 55. P. 1–142.
2. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action. Geneva:WHO, 2003. 230 p.
3. Physician empathy: definition, components, measurements, and relationship to gender and specialty / Th. J. Nasca, S. Mangione, M. Vergare [et al.] // Am J Psychiatry 2002. Vol. 159. P. 1563–1569.
4. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Журнал практической психологии и психоанализа. 2001. № 3. С. 5–8.
5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты: учеб. пособие. Самара, 2001. С. 486–490.
6. Личностный опросник ЕР1 (методика Г. Айзенка) // Альманах психологических тестов. М., 1995. С. 217–224.
7. Наумова Е. А., Шварц Ю. Г. Амбулаторное лечение артериальной гипертензии: мнения врачей, назначения и реаль-

ное потребление антигипертензивных препаратов // Клиническая фармакология и терапия. 2000. № 4. С. 19–21.

8. Britten N. What's a good doctor and how do you make one? // BMJ. 2002. № 325. P. 711.

9. Андреева Г. М. Социальная психология: учебник. 2-е изд., доп. и перераб. М.: МГУ, 2006. 432 с.

10. Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? A study of videotaped consultations / D. H. de Bakker, K. van der Meer, J. M. Bensing [et al.] // BMC Family Practice. 2009. Vol. 10. № 6. P. 37–42.

### Translit

1. Patient adherence to medical treatment: a meta review/ E. Sluijs, S. van Dulmen, L. van Dijk [et al.] // BMC Health Services Research. 2007. Vol. 7. № 55. P. 1–142.

2. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action. Geneva:WHO, 2003. 230 p.

3. Physician empathy: definition, components, measurements, and relationship to gender and specialty / Th. J. Nasca,

S. Mangione, M. Vergare [et al.] // Am J Psychiatry 2002. Vol. 159. P. 1563–1569.

4. Orel V. E. Fenomen «vygoraniya» v zarubezhnoj psihologii: jempiricheskie issledovanija // Zhurnal prakticheskoj psihologii i psihoanaliza. 2001. № 3. S. 5–8.

5. Rajgorodskij D. Ja. Prakticheskaja psihodiagnostika: metodiki i testy: ucheb. posobie. Samara, 2001. S. 486–490.

6. Lichnostnyj oprosnik EPI (metodika G. Ajzenka) // Al'manah psihologicheskikh testov. M., 1995. S. 217–224.

7. Naumova E. A., Shvarc Ju. G. Ambulatornoe lechenie arterial'noj gipertonii: mnenija vrachej, naznacheniya i real'noe potreblenie antigipertenzivnykh preparatov // Klinicheskaja farmakologija i terapija. 2000. № 4. S. 19–21.

8. Britten N. What's a good doctor and how do you make one? // BMJ. 2002. № 325. P. 711.

9. Андреева Г. М. Social'naja psihologija: uchebnik. 2-e izd., dop. i pererab. M.: MGU, 2006. 432 s.

10. Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? A study of videotaped consultations / D. H. de Bakker, K. van der Meer, J. M. Bensing [et al.] // BMC Family Practice. 2009. Vol. 10. № 6. R. 37–42.

УДК 616.1–008–036–092:618.173–06]–055.2 (045)

Обзор

## ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ (ОБЗОР)

**А. А. Таинкин** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра пропедевтики внутренних болезней, аспирант; **Ю. И. Скворцов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, профессор, доктор медицинских наук.

### FEATURES OF DAMAGE OF CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PERIMENOPAUSAL WOMEN (REVIEW)

**A. A. Tainkin** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Propedeutics of Internal Diseases, Post-graduate, **Yu. I. Skvortsov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Propedeutics of Internal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 29.03.2013 г.

Дата принятия в печать — 30.05.2013 г.

**Таинкин А. А., Скворцов Ю. И. Особенности поражения сердечно-сосудистой системы у женщин в перименопаузе (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 2. С. 269–276.**

В обзоре рассмотрены современные патофизиологические механизмы, ведущие к развитию поражения сердечно-сосудистой системы у женщин в перименопаузе. Наиболее значимыми из них являются гормональный дисбаланс, воспаление, психозомоциональные расстройства, а также нарушение энергетического обмена, эндотелиальная дисфункция, электролитные и вегетативные нарушения, апоптоз, прогрессирование атеросклероза, ожирение, инсулинорезистентность. Проводился поиск литературы по данной тематике в научных журналах, электронных библиотеках. Отбор материалов для составления обзора производился с учетом их клинической значимости.

**Ключевые слова:** перименопауза, сердечно-сосудистые заболевания.

**Tainkin A. A., Skvortsov Yu. I. Features of damage of cardiovascular system in perimenopausal women (review) // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 2. P. 269–276.**

Modern pathophysiological mechanisms, which lead to the damage of cardiovascular system in perimenopausal women are represented in review. The most significant of them are hormonal imbalances, inflammation, and psychomotoric disorders, as well as disturbances of energy metabolism, endothelial dysfunction, electrolyte and vegetative disorders, apoptosis, acceleration of atherosclerosis, obesity and insulin resistance. We conducted random search of the literature on the subject in scientific journals, electronic libraries. The selection of material for the review has been carried out concerning the clinical relevance.

**Key words:** perimenopause, cardiovascular diseases.

В последние годы отмечается увеличение средней продолжительности жизни женщин. Как результат улучшения уровня жизни и роста ее продолжительности, значительное число женщин примерно треть своей жизни будут проводить в менопаузе. К 2015 г. почти половина российских женщин будет

находиться в переходном возрасте [1]. Наступление менопаузы у каждой женщины сопровождается физиологическими изменениями различных систем и органов, что обусловлено угасанием и прекращением функции яичников. Одним из последствий этого процесса является развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы.

**Цель обзора:** анализ литературных данных по проблеме особенностей патофизиологических механизмов и факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в перименопаузе.

**Ответственный автор** — Таинкин Александр Александрович  
Адрес: 412680, г. Вольск Саратовской обл., ул. Краснооктябрьская, 36, кв. 2.  
Тел.: (сот.) 89372469209  
E-mail: tainkin.alexandr03@yandex.ru