

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 616–05208:159.9:316.286 (045)

Авторское мнение

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕФЛЕКСИЯ ФЕНОМЕНА КОМПЛАЕНТНОСТИ

Е. А. Андриянова — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского», заведующая кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии, профессор, доктор социологических наук; **Е. Н. Усова** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского», аспирант кафедры философии, гуманитарных наук и психологии.

SOCIOLOGICAL REFLECTION OF THE PHENOMENON OF COMPLIANCE

E. A. Andriyanova — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Human Sciences, Philosophy and Psychology, Professor, Doctor of Sociology; **E. N. Usova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Human Sciences, Philosophy and Psychology, Post-graduate.

Дата поступления — 2.02.2016 г.

Дата принятия в печать — 18.02.2016 г.

Андриянова Е. А., Усова Е. Н. Социологическая рефлексия феномена комплаентности. Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (1): 77–81.

В статье предлагается социологическая интерпретация феномена комплаентности. Теоретический конструкт феномена комплаентности базируется на выделении социальных параметров лечебного взаимодействия как особой социальной практики. Наличие заболевания рассматривается как социальный признак, определяющий динамику социальной активности пациента в контексте ситуационного изменения характеристик социального взаимодействия. Авторами дается социологическая трактовка комплаентности как динамического состояния зоны лечебного взаимодействия. Обосновывается перспективность социологической рефлексии комплаентности, позволяющей осуществить социальное измерение условий устойчивости / неустойчивости системы лечебного взаимодействия, прогнозировать, изменять поведенческие стратегии пациентов.

Ключевые слова: комплаентность, факторы комплаентности пациентов с хроническими заболеваниями, взаимодействие субъектов лечебного процесса.

Andriyanova EA, Usova EN. Sociological reflection of the phenomenon of compliance. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2016; 12 (1): 77–81.

The article explains the prospects of sociological interpretation of the phenomenon of compliance. The theoretical construct of the phenomenon of compliance is based on the allocation of social parameters of the therapeutic interaction as a particular social practice. The presence of the disease is seen as a sign of social, determined by the dynamics of social activity of the patient in the context of changes in the characteristics of social interaction. The author gives a sociological interpretation of the concept of compliance as the dynamic state of the area of therapeutic interaction. Substantiates the prospects of sociological reflection of compliance, which allows to carry out the social dimension of the conditions of stability/instability of the therapeutic interaction, predict and manage change behavioral strategies patients.

Key words: compliance as a social practice, social parameters of compliance, health and social interaction.

Применительно к современной медицинской риторике приверженность пациента лечению принято обозначать термином «комплаентность», что в широком смысле означает следование пациента лекарственным назначениям лечащего врача, точное и осознанное выполнение его рекомендаций. В последние годы приверженность лечению как консолидирующий фактор лечебного процесса является одной из наиболее обсуждаемых тем не только в медицине, но и в социологии медицины и психологии.

В поле медицинской проекции комплаентности включены основные компоненты, связанные с осо-

бенностями заболевания, проводимой терапией, ее режимом, длительностью, возможными осложнениями и побочными эффектами, возможными ограничениями и наличием явных дискомфортных симптомов болезни. С целью оценки степени комплаентности пациента лечащий врач использует несколько методов: 1) подсчет количества принятых пациентом лекарств, переводя затем полученную сумму в процентный эквивалент; 2) измерение концентрации лекарственного вещества в крови пациента; 3) анализ записей пациента (дневник пациента). Такой подход к измерению уровня комплаентности дает конкретный результат и носит констатирующий характер. В результате проблема определения векторов оптимизации взаимодействия с пациентом, воздействия на него и соответственно повышения эффективности

Ответственный автор — Усова Елена Николаевна
Тел. (сот.): +79053827574
E-mail: stepanova-e-n@yandex.ru

лечения остается за пределами медицинского контекста.

Следует отметить, что существующие исследования комплаентности отличает некоторая фрагментарность, проявляющаяся в сфокусированности на конкретных нозологиях. Например, целый ряд работ выполнен по проблеме комплаентности на материале пациентов с различными заболеваниями сердца (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность и др.), сахарным диабетом, психическими заболеваниями, неврологическими заболеваниями (эпилепсия), заболеваниями легочной системы и др. [1]. При этом исследования комплаентности пациентов с хроническими заболеваниями носят единичный характер. Вместе с тем проблематика комплаентности пациента в случае хронического течения болезни имеет ряд особенностей.

Во-первых, лечение при хронической патологии часто проводится амбулаторно, что значительно снижает контроль со стороны врача и медицинских сестер. Вся ответственность за соблюдением рекомендаций в этом случае ложится на пациента. В связи с этим наблюдается низкий уровень терапевтического сотрудничества и соблюдения пациентом врачебных рекомендаций.

Во-вторых, специфика заболевания, его тяжесть, особенности проводимой терапии, диеты, характер ограничений, побочные эффекты от препаратов пролонгированы во времени на неопределенный срок, а ожидания со стороны пациента на «быстрый» результат приводят к снижению контроля над собственным поведением.

В-третьих, заболевание с хроническим течением обычно протекает бессимптомно, не вызывая у пациента дискомфортного состояния. Обнаруживаются хронические заболевания часто случайно, например при профилактическом осмотре, по результатам которого выявляется необходимость применения терапии.

В-четвертых, при внезапно возникшем заболевании с острым течением наблюдается иная картина. Состояние пациента в этом случае резко ухудшается, доставляя ему сильный дискомфорт. В результате пациент ищет путь скорейшего избавления от тягостного состояния, обращается в лечебное учреждение, где ему назначают соответствующую терапию. Острая патология обычно не требует длительного лечения. При остром течении лечение требуется проводить в стационарах соответствующего профиля, что обеспечивает дополнительный контроль за лечением со стороны медицинского персонала. В этих условиях наиболее вероятно ожидать от пациентов терапевтического альянса и выполнения назначений врача.

По данным ВОЗ, около половины пациентов с хроническими заболеваниями не соблюдают рекомендаций лечащего врача. В связи с острой проблемой низкой комплаентности пациентов с хроническими заболеваниями ВОЗ предпринята попытка определить группу факторов, влияющих на степень комплаентности пациентов [2]. Все выделенные факторы были разделены на пять взаимосвязанных групп: 1) социально-экономические; 2) связанные с деятельностью медицинского персонала и системой здравоохранения; 3) связанные с особенностями проводимого лечения; 4) связанные с пациентом и 5) связанные с его состоянием на данный момент. Рассмотрим содержательно каждую группу факторов,

при этом следует отметить, что ни один из них (согласно ВОЗ) не является решающим.

I. Группа социально-экономических факторов включает в себя материальное положение пациента, уровень его образования, социальную поддержку, стоимость лечения, ситуацию в семье и др. Определяет комплаентность уровень дохода пациента. Низкий уровень комплаентности по данному параметру обусловлен высокой стоимостью лекарственных препаратов, дополнительными затратами при госпитализации, другими расходами, связанными с лечением. В связи с этим существует мнение, что длительное и безусловное выполнение врачебных рекомендаций в повседневной жизни маловероятно. Пациент «приспосабливает» рекомендации врача к своей конкретной социально-экономической, образовательной и культурной ситуации.

По данным литературы, на степень приверженности лечению оказывает влияние возраст пациентов. Так, пациенты молодого возраста более привержены лечению по сравнению с пациентами пожилого возраста [3].

Место жительства как социальный фактор определяет доступность медицинской помощи в координатах «центр / периферия». Социокультурные особенности сельского населения определяют их низкую медицинскую активность. Сельские пациенты, в связи с материальными затруднениями, чаще городских пациентов отказываются от приема препаратов [4].

По мнению ряда авторов, уровень образованности пациента влияет на степень осознанности заболевания, что, в свою очередь, определяет внутреннюю картину болезни, отношение к ней, степень приверженности лечению [5].

II. В группе факторов, связанных с деятельностью медицинского персонала и системой здравоохранения, выделяют следующие: степень развития медицинской системы в целом; степень развития системы распределения медицинских услуг; образование медицинского персонала (в частности, его представление о проблеме приверженности пациентов к терапии); длительность наблюдения; время, отводимое на консультацию. Таким образом, подчеркивается учет организационных, медицинских, этических аспектов оказания медицинской помощи, взаимодействие медицинского учреждения, врачей, среднего медицинского персонала и пациентов.

III. Факторы, связанные с проводимой терапией, включают в себя режим приема препаратов, их количество, длительность лечения, частоту смены терапии, скорость достижения эффекта, побочные эффекты препарата. Среди факторов, связанных с проводимой терапией, такие показатели, как режим приема препаратов и количество принимаемых препаратов, идут в неразрывном единстве. Считается, что сложный режим приема, а также фиксированное время приема лекарственных средств может негативно сказаться на комплаентности пациента [6]. Это связано с тем, что большое количество различных лекарственных средств, прием препаратов несколько раз в день и в строго определенное время служат источником нарушения лекарственного режима. И, наоборот, удобный, простой и понятный для пациента режим лекарственной терапии способствует соблюдению врачебных назначений.

При рассмотрении длительности проводимого лечения (что можно наблюдать при хронических заболеваниях), а также влияния быстроты достижения эффекта от лечения установлено, что при пролонги-

рованном лечении степень приверженности пациентов значительно снижается по сравнению с непродолжительным приемом препаратов. Это вызвано тем, что в случае длительной терапии пациент обязан большую часть времени самостоятельно следить за соблюдением схемы лечения, при этом пациенты часто забывают принять лекарство. При длительном лечении низкой «скорости» достижения эффекта для пациента уменьшается ценность проводимой терапии, он постепенно начинает привыкать к своему диагнозу и осознавать невозможность полного и скорого выздоровления. Это приводит к нарушению терапевтического сотрудничества [7].

Наличие побочных эффектов от препарата также приводит к снижению комплаентности. В этом случае имеется результат от проводимой терапии, но он сопровождается субъективно тяжелыми, неприятными и нежелательными для пациента симптомами или ответными реакциями организма. В случае, когда пациент о них не предупрежден заранее, возникает тревога, сильный страх или испуг. Как следствие, это может привести к отказу от терапии. Если же побочный эффект от лечения воспринимается пациентом как более тягостное состояние, чем вызванное заболеванием, то в итоге пациент может вообще отказаться от любого вида лечения. Таким же эффектом обладает наличие сопутствующей патологии (депрессия, алкоголизм, наркомания), которое снижает общий уровень комплаенса, отрицательно влияя на все подсистемные блоки, и приводит к обесцениванию пациентом принимаемого препарата [8].

IV. К факторам, связанным с пациентом, относят знания пациента о заболевании, мотивацию к лечению, его ожидания от лечения, забывчивость, непонимание инструкций врача, страх побочных эффектов, предыдущий опыт лечения. Следствием недостатка информации у пациента о заболевании является отсутствие достаточно адекватной оценки степени тяжести своего заболевания [9]. Это значит, что пациент может не посчитать важным соблюдать предписания врача. Существует и другой вариант, например, когда пациент не понимает назначения врача или лечащий врач предоставляет пациенту информацию о его заболевании быстро, пользуясь привычными для себя научными терминами, которые нередко непонятны пациенту. В этой ситуации пациент может частично компенсировать недостаток информации в Интернете (если позволяют навыки) или устремиться в «сети» деятельности шаманов и народных целителей. Следовательно, пациенты в большей степени будут доверять врачам, которые основательно и подробно информируют их обо всех вопросах, касающихся заболевания и лечения, и которые проявляют сочувствие и готовность выслушать.

Если же информации недостаточно, то как результат формируется низкая мотивация пациента к лечению. В итоге возникают «правила» приема препаратов, придуманные самим пациентом или навязанные извне не медицинским персоналом, либо пациент сам себе дает «отдых от препаратов». При этом данные нарушения оцениваются пациентами как незначительные, но которые могли бы ненадолго облегчить жизнь [9].

На уровень комплаентности пациента оказывает влияние опыт предыдущего лечения. Эмпирически доказано, что позитивный опыт лечения положительно влияет на комплаентность пациента, приводя к ее повышению. Напротив, негативный опыт (травмати-

ческое влияние неудач, отрицательные отзывы членов референтной группы) комплаентность снижает [10].

Взаимодействие пациента с его микросоциальной средой, включающей в себя семью, друзей, коллег, соседей по больничной койке и т.д., также является значимым фактором, влияющим на комплаентность [11]. Семья обеспечивает безопасность больного родственника. Семья выступает посредником между индивидом (большим членом семьи) и обществом (медицинскими учреждениями, работодателем, социальными службами), создает жизненную среду, обеспечивая заботой, лекарствами, питанием.

V. К факторам, связанным с состоянием пациента, относят следующие: выраженность симптомов заболевания, наличие сопутствующей патологии (депрессия, алкоголизм, наркомания) и др. Примером этого является хронический вирусный гепатит, характеризующийся, с одной стороны, протеканием без симптомов и девиантным поведением большинства болеющего контингента — с другой.

Все изложенное позволяет утверждать, что стратегии комплаентности с пациентами, имеющими хронические заболевания, выстраиваются наиболее сложно. Пациенты с хроническими заболеваниями — наиболее значимый объект для исследования механизмов формирования приверженности лечению. В социологическом ключе в исследовании феномена комплаентности (в случае хронического течения болезни) продуктивным может стать его понимание как особой социальной практики. Существующие концепции социальной практики в той или иной мере отражают представление о комплексе причин, условий и факторов, влияющих на взаимодействие социальных субъектов.

В теории структуралистского конструктивизма социальные практики представлены как способность социального субъекта проверять соответствие поведенческих актов сложившимся представлениям об окружающей действительности. Социальные практики, с одной стороны, определяют образ мыслей социального субъекта, его поведения, заставляя его приспосабливаться к настоящему и будущему. С другой стороны, они трактуются и как целесообразные действия индивидов по преобразованию социального мира и каждодневные, привычные поступки [12].

В теории Э. Гидденса социальные практики сведены к социальному действию [13].

М. Вебер в социальном действии выделяет аспект взаимодействия с другими людьми, определяет его как «действие, которое по предполагаемому действующим лицом или действующими лицами смыслу соотносится с действием других людей и ориентируется на него» [14].

Для социального взаимодействия свойственно то, что действие одного субъекта является причиной и следствием ответных действий других субъектов. Только взаимодействуя с другими людьми, человек может удовлетворить свои потребности. В случае медицинского взаимодействия индивид как пациент удовлетворяет потребности, связанные с заболеванием и лечением. Для социального взаимодействия свойственна предсказуемость взаимных ожиданий, т.е. наличие взаимопонимания между субъектами взаимодействия.

Исходные социологические посылы определяют модальность анализа взаимодействия врача и пациента в рамках социологии медицины, где должное их взаимопонимание выражается в преследовании

субъектами одинаковых целей и интересов (выздоровление пациента) [15]. В этом случае можно предметно изучать возможности повышения уровня комплаентности пациента.

Медико-социологическая интерпретация лечебного взаимодействия как социального взаимодействия обладает признаками, которые позволяют его использовать для анализа комплаентности. Во-первых, социальное взаимодействие всегда предметно, т.е. имеет внешнюю цель. В зоне лечебного взаимодействия целью является выздоровление пациента. Во-вторых, лечебное взаимодействие имеет внешнее выражение в виде обмена информацией, которая свободно расшифровывается обоими субъектами взаимодействия. Необходимо, чтобы врач и пациент излагали информацию понятным и доступным друг для друга образом. Врач общается пациенту обо всех аспектах заболевания, а пациент должен обеспечить врачу обратную связь в виде реакций и поведения, подтверждающего понимание полученной от врача информации относительно заболевания пациента и особенностей лечения. В-третьих, лечебное взаимодействие носит ситуативный характер, т.е. привязано к конкретной ситуации, например к ситуации приема у врача. В-четвертых, оно выражает субъективные намерения обоих субъектов взаимодействия. Анализ семантического поля понятий «социальное взаимодействие» и «лечебное взаимодействие», а также практического контекста, в котором они используются, позволяет принять в рамках данной статьи следующее определение. Лечебное взаимодействие — это такое взаимодействие социальных агентов, в рамках которого действия врача направлены на поддержание / изменение физического, психологического и социального самочувствия пациента, эквивалентного его соматическому статусу.

Социальное взаимодействие предполагает наличие не только коммуникации, но и наблюдения одного из субъектов взаимодействия за поведением и действиями другого субъекта, причем этот другой знает об этом. Таким образом, в рамках лечебного взаимодействия врач с пациентом не просто коммуницируют на тему заболевания, а врач отслеживает степень комплаентности пациента.

Важным аспектом социального взаимодействия в диаде «врач — пациент» является взаимное доверие / недоверие. В исследовании И. В. Фирсовой эмпирически доказано, что пациенты предпочитают патерналистскую модель взаимоотношений (72% случаев), которая предполагает выстраивание доверительных отношений с врачом. Идеальный результат данной модели достигается, когда пациент больше внимания уделяет своему здоровью и лечению заболевания. Врач же в рамках патерналистской модели выступает в роли заботливого старшего товарища и профессионала, который, учитывая потребности пациента, опирается на свои знания и опыт, направляя их на благо пациента [16]. Приверженность пациентов патерналистской модели является следствием «идеологии заботы» системы Н. А. Семашко, при которой выросло большинство населения России. В случае, когда возникает нарушение взаимоотношений врача и пациента, у пациента может сформироваться желание не продолжать лечение или вовсе отказаться от него и от приема лекарств. Это связано с утратой веры пациента в успех лечения, со страхом привыкнуть к лекарствам [17]. Несмотря на преимущества такой модели, она все же предполагает некоторую

директивность со стороны врача, так как осуществляется с позиции «вертикали». Врач, находясь на вершине, передает пациенту указания по лечению. Пациент, в свою очередь находясь в позиции исполнителя, выполняет данные указания, и тогда его комплаентность оценивается посредством точности выполнения данных указаний.

С нашей точки зрения, комплаентность как практика социального взаимодействия есть переход от директивной парадигмы лечебного взаимодействия (условно говоря, «Мы — профессионалы — знаем, как лучше») к парадигме «Мы — профессионалы — вместе с пациентом за общую цель». Это парадигма активной обратной связи, процесс активного взаимодействия, результатом которого является переворот в отношениях с пациентом, приводящий к повышению его комплаентности. Полагаем, что осуществление данной парадигмы на практике предполагает прохождение ряда этапов, конечным результатом которых будет достижение высокого уровня комплаентности пациента. Рассмотрим этапы комплаентности более подробно.

1. Этап «фиксации». Врач выполняет так называемую «роль коллежского регистратора», это нейтральный этап. Врач осуществляет сбор данных о пациенте и его заболевании — *anamnesis vitae*, *anamnesis morbi*, получает совокупность сведений путем расспроса обследуемого, т.е. происходит фиксация данных, ведение записей, измерений и обследований. Роль пациента на данном этапе достаточно пассивна и заключается лишь в передаче информации врачу.

2. Этап понимания. Задача врача — понять проблему пациента. Важно, чтобы врач был готов не только выслушать пациента, но и вникнуть в суть его проблемы. На этом этапе берет начало осуществление взаимодействия с пациентом. Врачу необходимо создать условия для постепенного перехода пациента к активной роли.

3. Этап вовлеченности пациента. На этом этапе важно активизировать пациента, обеспечить его активное участие в лечебном процессе. Врач действует как друг или учитель, вовлекая пациента в диалог, приглашая к обсуждению лучшего способа действия в его ситуации. Врачу необходимо договаривается с пациентом о вариантах лечения, о возможных рисках, побочных эффектах, т.е. врач полностью информирует пациента, при этом включая его в активный диалог, обговаривая меру его и своей ответственности за ход и результат лечения. Врачом учитываются все потребности, пожелания и возможности пациента. Пациент в этом случае видит заинтересованность врача в достижении положительных эффектов от лечения путем активного сотрудничества. Благодаря структуре профессии этическая ориентация врача направлена на соучастие (по умолчанию). Она определяет структуру коммуникации, в результате которой у пациента должна быть сформирована такая же ориентация на соучастие и активное взаимодействие.

4. Партнерский этап. Партнерство как модель взаимодействия более демократична и ориентирована на сотрудничество. Она предполагает активизацию роли пациента, понимание им степени своей ответственности, самостоятельности, включенности в процесс обсуждения и принятия решений относительно терапии. Комплаентность предполагает, что инициируется социальная активность пациента.

5. Интегрирующий этап. Происходит переворот в отношениях, полная включенность в лечебный и восстановительный процесс. Когда врачом уже завоевано социальное доверие личности пациента, взаимодействие осуществляется в горизонтальной партнерской плоскости. Таким образом, завершается переход от вертикальной (директивной) формы коммуникации к горизонтальной (партнерской). Пациент имеет уверенность в достаточном самоконтроле и во внутренней готовности к выполнению всех врачебных назначений. Постепенное и последовательное прохождение всех пяти этапов может способствовать формированию высокой степени комплаентности пациента.

Резюмируя представленные аргументы, важно подчеркнуть, что комплаентность интерпретируется нами как взаимосвязь субъектов с определенными социальными позициями. Комплаентность — это динамическое состояние зоны лечебного взаимодействия, характеризующееся, с одной стороны, правовыми и этическими предписаниями, интересами, ценностями субъектов, а с другой — разным уровнем взаимного доверия / недоверия и консолидации / враждебности. Такой теоретический конструкт позволяет осуществить социальное измерение условий устойчивости / неустойчивости системы взаимодействия субъектов лечебного процесса в предметной области социологии медицины.

Значимость социологической рефлексии комплаентности состоит в возможности прогнозировать, изменять поведение пациента как активного участника лечебного взаимодействия.

Авторский вклад: написание статьи — Е. А. Андриянова, Е. Н. Усова; утверждение рукописи для публикации — Е. А. Андриянова.

References (Литература)

1. Platonov AE. Statistical Data Analysis in Medicine and Biology. M.: RAMS, 2000; 103 p. Russian (Платонов А. Е. Статистический анализ данных в медицине и биологии. М.: РАМН, 2000; 103 с.).
2. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action. Geneva: WHO, 2003; 230 p.
3. Hansen D, Vach W, Roshom J, et al. Early discontinuation of antidepressants in general practice: association with patient and prescriber characteristics. *J Psychiatry* 2004; (156): 643–645.
4. Scherbich RM. Features of the provision of psychiatric care to patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in regions with a large territory and low population density. *Russian Journal of Psychiatry* 2009; (3): 22–25. Russian (Щербич Р. М. Особенности оказания психиатрической помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в регионах с большой территорией и малой плотностью населения. *Российский психиатрический журнал* 2009; (3): 22–25).
5. Tkhostov AŞ. Awareness of the disease in cancer patients. *Journal of Neuropathology and Psychiatry n.a. S. S. Korsakov* 1984; (12): 1839–1844. Russian (Тхостов А. Ш. Осознание заболевания у онкологических больных. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова* 1984; (12): 1839–1844).
6. Leonova MV, Myasoedova NV. Practical aspects of treatment of hypertension: efficacy and compliance. *Russian Cardiology Journal* 2003; (2): 35–41. Russian (Леонова М. В., Мясоедова Н. В. Практические аспекты лечения артериальной гипертензии: эффективность и комплаентность. *Российский кардиологический журнал* 2003; (2): 35–41).
7. Danilov DS. Mechanisms of Compliance and modern approaches to optimization. *Russian medical leadin* 2008; (3): 11–24. Russian (Данилов Д. С. Механизмы формирования комплаенса и современные подходы к его оптимизации. *Российские медицинские вести* 2008; (3): 11–24).
8. Shamov IA. Doctor and patient. Moscow: Publisher Univ of Peoples' Friendship, 1986; 168 p. Russian (Шамов И. А. Врач и больной. М.: Изд-во Ун-та дружбы народов, 1986; 168 с.).
9. Naumova EA. Assessment of patient adherence to long-term treatment in terms of his conscious and unconscious behavior. In: Innovations in Science: materials of the XV International extramural scientific-practical conference. Novosibirsk, 2012; p. 177–190. Russian (Наумова Е. А. Оценка приверженности пациента к длительному лечению с точки зрения его сознательного и неосознанного поведения. В кн.: *Инновации в науке: материалы XV международной заочной научно-практической конференции*. Новосибирск, 2012; с. 177–190).
10. Kadyrov RV, et al. Questionnaire "The level of compliance". Vladivostok, 2014; 74 p. Russian (Кадыров Р. В. и др. Опросник «Уровень комплаентности». Владивосток, 2014; 74 с.).
11. Gorlanov IA. Clinical and sociological problems of compliance in pediatric dermatology. *Journal of Dermatology and Venereology* 2011; (1): 36–40. Russian (Горланов И. А. Клинико-социологические проблемы комплаентности в детской дерматологии. *Вестник дерматологии и венерологии* 2011; (1): 36–40).
12. Bourdieu P. Beginning. M.: Socio-Logos, 1994; 288 p. Russian (Бурдьё П. Начала. М.: Социологос, 1994; 288 с.).
13. Giddens E. Dispensation of society: outline of structuration theory. 2nd ed. Moscow: Academic Project, 2005; 528 p. Russian (Гидденс Э. Устройство общества: очерк теории структуризации. 2-е изд. М.: Академический Проект, 2005; 528 с.).
14. Weber M. Basic sociological concepts Moscow: Progress, 1990; 643 p. Russian (Вебер М. Основные социологические понятия М.: Прогресс, 1990; 643 с.).
15. Sorokin PA. Public sociology textbook. Moscow: Nauka, 1994; 560 p. Russian (Сорокин П. А. Общедоступный учебник социологии. М.: Наука, 1994; 560 с.).
16. Firsova IV, Mihalchenko VF. Socio-psychological aspects of compliance of patients in dental practice. *Bulletin of Volgograd State Medical University* 2007; (2): 3–9. Russian (Фирсова И. В., Михальченко В. Ф. Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета* 2007; (2): 3–9).
17. Grishechkina NV, Fahrudinova ER. Doctor and patient in the system of e-health: the problem of compliance. *Survival Strategy in the context of bioethics, philosophy and medicine* 2014; (4): 117–120. Russian (Гришечкина Н. В., Фахрудинова Э. Р. Врач и пациент в системе электронной медицины: проблема комплаентности. *Стратегия выживания в контексте биоэтики, философии и медицины* 2014; (4): 117–120).