

МЕТОД ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЛАЕНТНОСТИ КАК ФОРМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПАЦИЕНТА

С. Л. Бойко, М. А. Ассанович, М. С. Дешко, В. А. Снежицкий

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь



Настоящее исследование проведено с целью модификации шкалы социальной комплаентности «Опросника комплаенса», разработанного Р. В. Кадыровым и соавт., выборка представлена 68 пациентами с фибрилляцией предсердий.

Выводы. В шкале присутствуют пункты как со значительно сниженным, так и чрезмерно высоким уровнем трудности, конструктивная валидность улучшена после исключения двух пунктов, надежность и дискриминативность шкалы – удовлетворительные.

Ключевые слова: комплаентность, фибрилляция предсердий, социальная ответственность.

Для цитирования: Метод оценки социальной комплаентности как формы социальной ответственности пациента / С. Л. Бойко, М. А. Ассанович, М. С. Дешко, В. А. Снежицкий // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2021. Т. 19, № 2. С. 207-211. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2021-19-2-207-211>.

Введение

С позиций социологии медицины приверженность лечению – проявление социальной ответственности гражданина. В нашей стране следование рекомендациям медицинских работников в процессе оказания медицинской помощи закреплено на законодательном уровне (Статья 42 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»). По данным ряда авторов, комплаентное поведение при разных заболеваниях составляет только 20-57%, т. е. более половины пациентов нерегулярно принимают назначенные им медикаменты или вообще их не принимают [1-2]. Очевидна актуальность поиска путей оценки и мониторинга в процессе терапии уровня комплаентности пациента, особенно социального компонента, т. е. осознания ответственности перед обществом за результат отношения к лечению.

Рост зарубежных публикаций на тему комплаенса и приверженности лечению отражает существенное повышение интереса к соблюдению пациентами назначений врача. В проблемное поле социологии медицины термин «комплаентность пациента» введен впервые С. Л. Бойко как проявление пациентом высокой социальной ответственности (в случае соблюдения рекомендаций врача) или низкой социальной ответственности (в ситуации самолечения или игнорирования медицинских назначений) [3]. Несоблюдение назначений врача, поиск альтернативных методов лечения, самолечение, иные способы некомплаентного поведения (касается только медикаментозной терапии) или неприверженность лечению (игнорирование и несоблюдение всех рекомендаций врача: от медикаментозного лечения до изменения образа жизни и т. п.) приводят к увеличению медико-социального бремени болезней и увеличению расходов государства на здравоохранение.

Очевидно, что самое главное место при анализе ситуации комплаенса/некомплаенса занимает сам пациент, однако большинство исследований комплаенса сконцентрированы на изучении сопутствующих болезням эмоциональных состояниях, изменениях личности пациента, разных психологических состояний. Комплаенс

и комплаентность практически не рассматриваются как социально обусловленное явление, нет стройной системы оценки социальной комплаентности пациента.

При фибрилляции предсердий (ФП), хроническом заболевании, требующем длительной терапии и строгого ее соблюдения, роль самого пациента в эффективности лечения возрастает многократно. ФП – наиболее распространенное устойчивое нарушение ритма, ассоциированное со снижением качества жизни, с пятикратным увеличением риска развития инсульта и других осложнений, что преимущественно и определяет прогноз пациентов. Терапия пациентов с ФП – сложная задача для кардиологов во всем мире, так как комплаенс во многом определяет как эффективность (предупреждение инсульта), так и безопасность (предупреждение геморрагических осложнений) терапии пероральными антикоагулянтами (ОАК) [4].

В 2014 г. Р. В. Кадыровым с соавторами был предложен первый русскоязычный опросник «Уровень комплаентности», комплаентность рассматривается авторами в трех аспектах: социальная комплаентность, эмоциональная комплаентность и поведенческая комплаентность. Опросник включает 66 утверждений, разработан в двух формах (для людей, страдающих хроническими заболеваниями, и для здоровых людей). По результатам психологической диагностики можно сделать заключение о высоком/среднем/низком уровне социальной, эмоциональной, поведенческой и общей комплаентности [5]. Однако данный опросник нуждается в дальнейшей серьезной апробации среди групп пациентов с конкретными заболеваниями.

Для стандартизации шкалы социальной комплаентности при ФП нами применена современная теория тестов [6].

Цель исследования: модификация шкалы социальной комплаентности «Опросника комплаенса» Р. В. Кадырова.

Материал и методы

В исследовании принимали участие пациенты учреждения здравоохранения «Гродненский об-

ластной клинический кардиологический центр», выборка составила 68 человек, характеристика представлена в таблице 1.

Таблица 1. – Характеристика пациентов с ФП
Table 1. – Characteristics of patients with AF

Параметр	Значение
Возраст, лет	66 (58-70)
Женский пол, n (%)	20 (29,4)
ИМТ, кг/м ²	29,4 (27,5-34,3)
Пароксизмальная ФП, n (%)	24 (35,3)
Персистирующая ФП, n (%)	22 (32,4)
Постоянная ФП, n (%)	22 (32,4)
Анамнез ФП, месяцев	47 (11-83)
Неустановленная длительность ФП, n (%)	21 (30,9)

Примечание: ИМТ – индекс массы тела

Количественные данные в таблице 1 представлены в виде медианы и интерквартильного размаха, категориальные данные – в виде абсолютной и относительной частот.

От всех пациентов получено информированное согласие, согласованное с этическим комитетом организации здравоохранения. Клинический диагноз и экспертное мнение о комплаентности пациента были определены лечащим врачом и доцентами 1 кафедры внутренних болезней учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет». Ответы испытуемых на все пункты методики были введены в матрицу данных, из которой нами экстрагированы пункты, формирующие шкалу социальной комплаентности. Затем шкала была подвергнута психометрическому анализу, включавшему оценку дискриминативности пунктов, надежности шкалы и структурной валидности. Структурная валидность оценивалась с помощью метода главных компонент. Психометрическая модификация шкалы заключалась в удалении пунктов, снижавших дискриминативность, надежность и однородность шкалы.

Результаты и обсуждение

В таблице 2 представлена характеристика дискриминативности пунктов шкалы социальной комплаентности.

Как показывает анализ данных в таблице 2, пункты шкалы имеют невысокую дискриминативность. Наиболее высокую дискриминативность имеет пункт № 10 ($D=0,64$). Ряд пунктов шкалы отличались крайне низкой и обратной дискриминативностью (пункты № 2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 21). Перечисленные пункты не выполняют в достаточной мере диагностические функции в рамках шкалы по дифференцированию пациентов с низкими и высокими показателями социальной комплаентности. Надежность шкалы в исходном виде оказалась низкой (коэффициент α -Кронбаха – 0,44).

Оценка структурной валидности выявила неоднородную структуру шкалы. В таблице 3

Таблица 2. – Показатели дискриминативности (D) пунктов шкалы «Социальная комплаентность»

Table 2. – Indicators of discriminativeness (D) of the points of the "Social compliance «scale»

№ пункта	Содержание	D
1	Если я чувствую, что сегодня могу обойтись без лекарств, то, несмотря ни на что, соблюдаю предписания врача, так как думаю, что врач не одобрит перерыв в лечении	0,27
2	Я не осуществляю лечение вопреки врачебным предписаниям	-0,11
3	Я предпочитаю принимать известные, проверенные, разрекламированные лекарства	0,48
4	Я часто забываю принять лекарство, если его надо принять за какое-то время перед едой	-0,01
5	Я бы хотел (а), чтобы врач думал, что я в состоянии самостоятельно следить за режимом приема препаратов	-0,05
6	Мне кажется, что мой врач осуждает меня за то, как я соблюдаю режим приема препаратов, и я стараюсь этого избежать	0,16
7	Я обращаюсь за помощью только к тому врачу, которого мне посоветовали как самого компетентного в данной области	-0,14
8	Я обращаюсь к врачу при первых симптомах заболевания, так как сильно обеспокоен (а) своим здоровьем	0,28
9	Когда речь заходит о возможных осложнениях, я испытываю сильный страх	-0,07
10	Если в ходе лечения появляются трудности, я стараюсь сделать все, чтобы их преодолеть	0,64
11	Я точно соблюдаю инструкцию и предписания врача, несмотря на тревогу, связанную с возможными побочными эффектами	0,39
12	Мне кажется, что я слишком сильно озабочен (а) состоянием своего здоровья	0,1
13	Я стараюсь перебороть болезнь и работать (учиться) как прежде	0,5
14	Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	-0,07
15	Я был (а) бы готов (а) на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни	0,25
16	Я бы не хотел (а) обременять своим заболеванием близких мне людей	-0,03
17	Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	0,16
18	Меня тревожит то, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	-0,09
19	Придерживаясь предписаний врача, я долго волнуюсь по поводу того, что могу сделать что-то неверно	0,53
20	Если я чувствую эмоциональную поддержку и заботу врача, я с удовольствием слежу его рекомендациям	0,1
21	Мне спокойно за свое состояние здоровья, когда врач в хорошем расположении духа	0,17
22	Когда моему здоровью угрожает опасность, и я не в состоянии с ней справиться, то понимаю, что мне поможет только мой врач	0,21

представлены факторные нагрузки, полученные в результате анализа ответов респондентов методом главных компонент.

Таблица 3. – Матрица факторных нагрузок первых четырех факторов шкалы «Социальная комплаентность»

Table 3. – Matrix of factor loads of the first four factors of the "Social Compliance" scale

Пункт	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4
1	0,358	0,458	-0,462	0,118
2	0,168	0,615	0,048	-0,075
3	0,410	-0,227	-0,543	-0,119
4	-0,144	-0,284	-0,360	0,073
5	0,065	0,448	-0,116	0,323
6	0,029	-0,231	-0,572	-0,391
7	0,143	-0,232	0,413	-0,638
8	0,363	-0,254	-0,280	0,569
9	-0,259	-0,510	0,020	0,395
10	0,741	0,183	0,286	0,005
11	0,659	0,130	0,017	-0,071
12	0,166	-0,493	0,246	0,340
13	0,644	-0,280	-0,011	0,014
14	-0,295	-0,455	-0,266	-0,020
15	0,303	-0,614	0,171	-0,091
16	0,151	0,510	-0,341	-0,052
17	0,368	0,162	0,467	-0,089
18	-0,070	0,258	0,055	0,287
19	0,595	-0,339	-0,294	-0,217
20	0,073	0,141	-0,282	0,138
21	0,102	0,009	0,407	0,284
22	0,441	-0,184	0,116	0,357
Собственное число	2,901	2,829	2,155	1,679
Дисперсия (%)	13,187	12,858	9,797	7,632

Полужирным шрифтом отмечены факторные нагрузки, имеющие максимальные значения. Анализ собственных чисел факторов и их вклада в дисперсию позволил установить два фактора (Ф1 и Ф2), имеющих наибольшие значения собственных чисел. В первом факторе максимальные факторные нагрузки имеют пункты с умеренной и высокой дискриминативностью (пункты № 1, 3, 10, 11, 13, 19, 22). Анализ содержания указанных пунктов свидетельствует о том, что они характеризуют ответственность в выполнении предписаний врача, настроенность на соблюдение режима лечения, стремление действовать и прилагать усилия по осуществлению врачебных рекомендаций. Во втором факторе (Ф2) высокие нагрузки имеют пункты, отличающиеся низкой и негативной дискриминативностью (пункты № 1, 2, 5, 9, 12, 14, 15, 16). Оценка содержательной валидности перечисленных пунктов показывает, что они отражают переживания тревоги, беспокойства в связи с наличием заболевания (пункты с отрицатель-

ными нагрузками) и социальные конформные установки угодить врачу, не обременять своим заболеванием окружающих. Пункты, нагружающие второй фактор, вследствие низкой дискриминативности не дифференцируют респондентов с высоким и низким уровнем оцениваемого конструкта. Набор баллов при ответах на данные пункты не обеспечивает должного прироста суммарной оценки. Если первый фактор имеет прямое отношение к оценке социальных аспектов комплаентности, то второй фактор в большей степени характеризует тревожные переживания и личностные конформные установки. Остальные факторы в матрице имеют невысокие собственные числа, их можно не принимать во внимание. В связи с выявленной низкой дискриминативностью отдельных пунктов шкалы и обнаруженной неоднородностью структуры нами проведена модификация шкалы, заключавшаяся в удалении низкодискриминативных пунктов с параллельным контролем уровня надежности. Финальный вариант модифицированной шкалы включил 9 пунктов. Характеристика дискриминативности пунктов представлена в таблице 4.

Таблица 4. – Показатели дискриминативности (D) пунктов модифицированной шкалы «Социальная комплаентность»

Table 4. – Indicators of discriminativeness (D) of the points of the modified scale «Social compliance»

№ пункта	Содержание	D
3	Я предпочитаю принимать известные, проверенные, разрекламированные лекарства	0,37
8	Я обращаюсь к врачу при первых симптомах заболевания, так как сильно обеспокоен (а) своим здоровьем	0,38
10	Если в ходе лечения появляются трудности, я стараюсь сделать все, чтобы их преодолеть	0,58
11	Я точно соблюдаю инструкцию и предписания врача, несмотря на тревогу, связанную с возможными побочными эффектами	0,36
12	Мне кажется, что я слишком сильно озабочен (а) состоянием своего здоровья	0,30
13	Я стараюсь перебороть болезнь и работать (учиться) как прежде	0,7
15	Я был (а) бы готов (а) на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни	0,41
19	Придерживаясь предписаний врача, я долго волнуюсь по поводу того, что могу сделать что-то неверно	0,53
22	Когда моему здоровью угрожает опасность, и я не в состоянии с ней справиться, то понимаю, что мне поможет только мой врач	0,44

Как следует из анализа данных в таблице 4, все пункты модифицированной шкалы имеют умеренную или высокую дискриминативность. Это означает, что шкала способна эффективно

дифференцировать респондентов с высокими и низкими уровнями конструкта.

В таблице 5 представлены результаты анализа структурной валидности модифицированной шкалы социальной комплаентности.

Таблица 5. – Матрица факторных нагрузок первых четырех факторов шкалы «Социальная комплаентность»

Table 5. – Matrix of factor loads of the first four factors of the «Social Compliance» scale

Пункт	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4
3	0,541	-0,064	0,560	-0,484
8	0,575	0,750	0,161	0,284
10	0,483	-0,118	-0,393	-0,139
11	0,401	-0,016	-0,425	-0,184
12	0,287	-0,113	-0,108	0,201
13	0,613	0,040	0,026	0,024
15	0,584	-0,624	0,206	0,476
19	0,574	-0,082	-0,132	-0,292
22	0,396	0,208	-0,166	0,143
Собственное число	2,307	1,040	0,775	0,742
Дисперсия (%)	25,629	11,553	8,610	8,246

Как показывает анализ факторных нагрузок, представленных в таблице 5, первый фактор имеет максимальное собственное число (2,307)

и включает все пункты шкалы с высокими значениями факторных нагрузок. Остальные факторы матрицы имеют низкие значения собственных чисел и не вносят существенного вклада в дисперсию ответов респондентов. Это дает основание заключить, что шкала имеет одномерную структуру. Содержательная валидность пунктов модифицированной шкалы отражает стремление следованию предписаниям врача, настроенность на соблюдение рекомендаций, ответственное и осознанное отношение к лечебному процессу. Оценка надежности шкалы обнаружила значительное увеличение индекса надежности по сравнению с исходным вариантом шкалы ($r=0,7$).

Выводы

Модифицированная шкала социальной комплаентности обладает удовлетворительными психометрическими характеристиками: приемлемой дискриминативностью пунктов, одномерной структурной валидностью, удовлетворительной содержательной валидностью пунктов и достаточной степенью надежности.

В алгоритм обследования пациентов с ФП рекомендуется включить метод диагностики социальной комплаентности с целью определения факторов, формирующих приверженность к терапии, для возможной психологической коррекции отдельных составляющих некомплаенса и выработки рекомендаций по его недопущению.

Литература

1. Мищенко, М. А. Анализ факторов, влияющих на приверженность к гиполлипидемической терапии / М. А. Мищенко, С. В. Кононова // Медицинский альманах. – 2014. – № 1 (31). – С. 95-98.
2. Эффективность антигипертензивной терапии у пожилых пациентов и анализ приверженности лечению / В. Э. Олейников [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2014. – Т. 10, № 4. – С. 391-396.
3. Бойко, С. Л. Проблема приверженности лечению с позиции социологии медицины / С. Л. Бойко // Проблемы здоровья и экологии. – 2020. – № 3 (65). – С. 95-100.
4. Фибрилляция предсердий и приверженность к пероральной антикоагулянтной терапии: разбор клинических случаев / М. С. Дешко [и др.] // Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. – 2020. – Т. 4, № 2. – С. 1019-1028.
5. Кадыров, Р. В. Опросник «Уровень комплаентности»: монография / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. – Владивосток: Морской государственный университет, 2014. – 74 с.
6. Ассанович, М. А. Статистическое обоснование критериев оценки выраженности измеряемого конструкта в клинической психодиагностике / М. А. Ассанович // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2014. – № 2 (16). – С. 9-18.

References

1. Mishenko MA, Kononova SV. Analiz faktorov, vlijajushih na priverzhennost k gipolipidemicheskoj terapii [The analysis of factors which have influence on the compliance

to hypolipidemic therapy]. *Medicinskij almanah* [Medical almanac]. 2014;1(31):95-98. (Russian).

2. Olejnikov VJe, Eliseeva IV, Tomashevskaja JuA, Borisova NA, Fadeeva SS. Jefferktivnost antigipertenzivnoj terapii u pozhiljyh pacientov i analiz priverzhennosti lecheniju [The efficacy of antihypertensive therapy in elderly patients and treatment compliance analysis]. *Racionalnaja farmakoterapija v kardiologii* [Rational Pharmacotherapy in Cardiology]. 2014;10(4):391-396. (Russian).
3. Boyko SL. Problema priverzhennosti lecheniju s pozicii sociologii mediciny [The problem of adherence to treatment from the standpoint of the sociology of medicine]. *Problemy zdorovja i jekologii*. 2020;3(65):95-100. (Russian).
4. Dzeshka MS, Boyko SL, Shpak NV, Snezhitskiy VA. Fibrillacija predserdij i priverzhennost k peroralnoj antikoagulantnoj terapii: razbor klinicheskikh sluchaev [Atrial fibrillation and adherence to oral anticoagulation: review of clinical cases]. *Neotlozhnaja kardiologija i kardioovaskuljarnye riski* [Emergency Cardiology and Cardiovascular Risks]. 2020;4(2):1019-1028. (Russian).
5. Kadyrov RV, Asriyan OB, Kovalchuk SA. Oprosnik „Uroven komplaentnosti“. Vladivostok: Morskoj gosudarstvennyj universitet; 2014. 74 p. (Russian).
6. Assanovich MA. Statisticheskoe obosnovanie kriteriev ocenki vyrazhennosti izmerjaemogo konstrukta v klinicheskoi psihodiagnostike [Statistical grounding of severity criteria of measuring construct in clinical psychodiagnostics (for example, neuropsychic adaptation test)]. *Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija* [Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology]. 2014;2(16):9-18. (Russian).

THE METHOD OF ASSESSING SOCIAL COMPLIANCE AS A FORM OF SOCIAL RESPONSIBILITY OF THE PATIENT

S. L. Boiko, M. A. Assanovich, M. S. Dzeshka, V. A. Snezhitskiy

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

This study was conducted to modify the social compliance scale of the «Compliance Questionnaire» developed by R. V. Kadyrov et al., the sample was represented by 68 patients with atrial fibrillation.

Conclusions. The scale contains items with both a significantly reduced and excessively high level of difficulty, the construct validity is improved after the elimination of two items, and the reliability and discriminatory power of the scale are satisfactory.

Keywords: compliance, atrial fibrillation, social responsibility.

For citation: Boiko SL, Assanovich MA, Dzeshka MS, Snezhitskiy VA. The method of assessing social compliance as a form of social responsibility of the patient. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2021;19(2):207-211. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2021-19-2-207-211>.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Клиническая часть исследования выполнена при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор с БРФФИ № М19М-013 от 02.05.2019 г.)

Financing. The clinical part of the study was carried out with the support of the Belarusian Republican Foundation for Basic Research (agreement No. M19M-013 dated 02.05.2019).

Соответствие принципам этики. Исследование одобрено локальным этическим комитетом.

Conformity with the principles of ethics. The study was approved by the local ethics committee.

Об авторах / About the authors

*Бойко Светлана Леонидовна / Boiko Svetlana, e-mail: sduduk@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-8767-6892

Ассанович Марат Алиевич / Assanovich Marat, e-mail: clipsyter@gmail.com, SCOPUS: 57202160768

Дешко Михаил Сергеевич / Dzeshka Mikhail, e-mail: mikhail.dzeshka@grsmu.by, ORCID: 0000-0002-8446-5651

Снежицкий Виктор Александрович / Snezhitskiy Viktor, e-mail: snezh@grsmu.by, ORCID: 0000-0002-1706-1243

* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 05.02.2021

Принята к публикации / Accepted for publication: 18.03.2021