

# ОГЛАВЛЕНИЕ

РЕФЕРАТ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНОЙ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ.....	8
1.1 Ответственность в сфере здоровья: теоретические подходы и модели.....	8
1.2 Концептуализация понятия «приверженность лечению» в социологической науке.....	17
1.3 Приверженность лечению как проявление ответственности в сфере здоровья .....	24
ГЛАВА 2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ КАК ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ (НА ПРИМЕРЕ БОБРУЙСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА).....	32
2.1 Общая характеристика установок и поведенческих практик пациентов в сфере здравоохранения (или сохранения и поддержания здоровья).....	32
2.2 Индивидуальная ответственность пациента в системе детерминации приверженности лечению.....	48
2.3 Приверженность лечению как форма социальной ответственности пациента.....	59
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	67
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	69
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	75

**(ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ, ЧТО НЕКОТОРЫЕ ФРАГМЕНТЫ РАБОТЫ  
ИЗВЛЕЧЕНЫ ИЗ ДАННОГО ДОКУМЕНТА)**

## РЕФЕРАТ

### Приверженность лечению как форма социальной и индивидуальной ответственности гражданина

Ключевые слова: приверженность лечению, комплаентность, модели медицинского поведения, социальная ответственность, организация медицинской помощи, пациент-ориентированные подходы, информированность пациента, коммуникация.

В первой главе анализируются теоретико-методологические основы исследования приверженности лечению. Современное понимание приверженности лечению выходит за рамки следования рекомендациям врачей и требует учета социальных, культурных, экономических и психологических факторов. Особое внимание уделяется взаимосвязи между социальной ответственностью и формированием моделей медицинского поведения.

Во второй главе представлены результаты эмпирического исследования приверженности лечению пациентов клинической больницы. Данные опроса 100 пациентов показывают, что большинство (90%) полностью или частично привержены лечению, но около 10% демонстрируют признаки несоблюдения рекомендаций. Анализ выявил, что женщины и пациенты старшего возраста, с высшим образованием и ухудшением самочувствия более привержены лечению. Ключевую роль играют психологические факторы.

Отмечается, что повышение приверженности – комплексная задача, требующая сочетания образовательных, организационных и поведенческих вмешательств. На основе полученных данных разработаны практические рекомендации по повышению приверженности лечению в условиях стационара. Первое направление – развитие медицинской грамотности пациентов, обеспечение информационно-образовательной поддержки и предоставление технических средств контроля приема лекарств. Второе – организационные изменения, направленные на создание комплаент-ориентированной среды (преемственность этапов, оптимизация лекарственного обеспечения, повышение доступности). Третье – повышение компетентности медперсонала в вопросах приверженности, включая развитие коммуникативных навыков и использование стандартизированных методик.

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования обусловлена многоаспектностью и глубиной проблемы приверженности лечению, которая в современных условиях трансформации системы здравоохранения приобретает критическое значение. В эпоху информационного общества, когда доступность медицинских знаний растет, а модель взаимоотношений врача и пациента эволюционирует от патерналистской к партнерской, вопросы приверженности лечению требуют переосмысления через призму социальной и индивидуальной ответственности.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в странах с высоким уровнем человеческого развития приверженность лечению при хронических заболеваниях составляет в среднем лишь 50%, а в странах со средним и низким уровнем этот показатель еще ниже. Недостаточная приверженность пациентов назначенной терапии является не просто локальной проблемой отдельного лечебного учреждения или национальной системы здравоохранения, а глобальным вызовом, который существенно снижает эффективность медицинских вмешательств, приводит к прогрессированию заболеваний и развитию осложнений, повышает риски инвалидизации и преждевременной смертности. Экономические последствия низкой приверженности лечению выражаются в миллиардных потерях для систем здравоохранения во всем мире из-за нерационального использования лекарственных средств, повторных госпитализаций и увеличения затрат на лечение осложнений.

Особую значимость проблема приверженности лечению приобретает в контексте роста распространенности хронических неинфекционных заболеваний, которые, по прогнозам ВОЗ, к 2030 году будут причиной 70% всех смертей в мире [71]. Эффективное управление хроническими состояниями невозможно без активного и ответственного участия пациента в лечебном процессе, что делает приверженность лечению ключевым фактором успеха терапевтических стратегий.

В Республике Беларусь, где государственная политика в области здравоохранения направлена на повышение качества и доступности медицинской помощи, проблема приверженности лечению также стоит остро. По данным национальных исследований, до 60% пациентов с артериальной гипертензией и другими хроническими заболеваниями не соблюдают в полной мере рекомендации врачей, что существенно снижает эффективность лечебно-профилактических мероприятий и увеличивает нагрузку на систему здравоохранения [51, с. 43].

Социологический анализ феномена приверженности лечению позволяет выйти за рамки традиционного медицинского понимания данной проблемы и рассмотреть ее в широком социокультурном контексте. Приверженность лечению формируется под влиянием комплекса факторов: социально-экономических условий, культурных норм и ценностей, особенностей системы здравоохранения, характера взаимодействия врача и пациента, индивидуальных установок и поведенческих паттернов.

Концептуализация приверженности лечению через категории социальной и индивидуальной ответственности открывает новые перспективы для понимания и решения данной проблемы. Индивидуальная ответственность в сфере здоровья предполагает осознанное отношение человека к своему физическому и психическому благополучию, принятие на себя обязательств по сохранению и укреплению здоровья, включая соблюдение медицинских рекомендаций и активное участие в лечебном процессе. Социальная ответственность в контексте приверженности лечению проявляется в понимании пациентом своей роли в системе общественного здоровья, осознании того, что его индивидуальные решения и действия в отношении лечения имеют последствия не только для него лично, но и для общества в целом.

Проблема приверженности лечению как формы социальной и индивидуальной ответственности гражданина активно разрабатывается в современной научной литературе. Фундаментальные исследования Данилова Д.С. раскрывают содержание понятия терапевтического сотрудничества и механизмы его формирования [9], а Сидоров П.И. анализирует социальную ответственность личности в контексте здоровьесбережения [38]. Богдан Н.С. предлагает теоретические подходы к социальной ответственности в здравоохранении [3], в то время как Кирщина И.А. исследует её практическую реализацию [17]. Всемирная организация здравоохранения в своем докладе «Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action» представила комплексный анализ проблемы на глобальном уровне [71]. Значительный вклад в изучение факторов, влияющих на приверженность, внесли работы Абрамовой М.А. [1], Захарова К.В. [13] и Смирновой М.Д. [40]. Щербакова О.И. исследовала социологические аспекты приверженности лечению [53], а Шарабчиев Ю.Т. предложил современные подходы к формированию здоровьесберегающего поведения [51]. Деларю В.В. рассматривает комплаенс как объект исследования в социологии медицины [10].

В современных условиях формирования ценностно-ориентированного здравоохранения и развития концепции ответственного самолечения исследование приверженности лечению как формы проявления социальной и

индивидуальной ответственности приобретает особую актуальность. Это создает научную основу для разработки эффективных стратегий повышения комплаентности пациентов, учитывающих многофакторную природу данного феномена и направленных на формирование культуры ответственного отношения к здоровью на индивидуальном и общественном уровнях.

Таким образом, изучение приверженности лечению в контексте социальной и индивидуальной ответственности представляется важной исследовательской задачей, решение которой будет способствовать углублению научного понимания данного феномена и разработке эффективных практических подходов к повышению комплаентности пациентов на индивидуальном и популяционном уровнях, что в конечном итоге приведет к улучшению показателей общественного здоровья, оптимизации расходов на здравоохранение и повышению качества жизни населения.

Цель исследования – раскрыть взаимосвязь приверженности лечению с социальной и индивидуальной ответственностью пациентов в сфере здоровья.

Задачи исследования:

1. Проанализировать теоретические подходы и модели ответственности в сфере здоровья.
2. Концептуализировать понятие «приверженность лечению» в контексте социологической науки.
3. Рассмотреть приверженность лечению как проявление ответственности в сфере здоровья.
4. Раскрыть установки и поведенческие практики пациентов в сфере здравоохранения на примере Бобруйской центральной больницы.
5. Определить роль индивидуальной ответственности пациента в системе детерминации приверженности лечению.
6. Охарактеризовать приверженность лечению как форму социальной ответственности пациента.

Объект исследования – ответственность пациентов в сфере здоровья.

Предмет исследования – приверженность лечению как форма социальной и индивидуальной ответственности пациентов в сфере здоровья.

Методы исследования: анализ научной литературы по теме, анкетный опрос, интервью, статистическая обработка данных.

Теоретической основой исследования выступают научные труды отечественных и зарубежных ученых в области социологии медицины, изучающие проблемы приверженности лечению, социальной и индивидуальной ответственности в сфере здоровья.

Гипотеза исследования: уровень приверженности лечению в значительной степени определяется развитостью социальной и

индивидуальной ответственности пациента в сфере здоровья, которая, в свою очередь, детерминирована комплексом социально-демографических, личностно-психологических и организационных факторов.

Сведения об апробации: Основные положения и выводы исследования обсуждались на международной научно-практической конференции «Молодая наука-2025» (24 апреля 2025 г., МГУ имени А.А. Кулешова), а также использовались при разработке методических рекомендаций по повышению приверженности лечению для медицинского персонала УЗ «Бобруйский родильный дом», что подтверждается справкой о внедрении.

Структура работы включает введение, 2 главы, заключение, список использованных источников, приложения.

# ГЛАВА 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНОЙ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ

### 1.1 Ответственность в сфере здоровья: теоретические подходы и модели

В современных условиях трансформации системы здравоохранения вопросы социальной и индивидуальной ответственности в сфере здоровья приобретают особую актуальность и значимость. Это обусловлено рядом факторов: усложнением медицинских технологий, увеличением роли превентивной медицины, ростом хронических заболеваний, а также изменением характера взаимоотношений между врачом и пациентом. Переход от патерналистской модели к партнерским отношениям в системе здравоохранения требует переосмысления традиционных представлений об ответственности за сохранение и укрепление здоровья.

Необходимость теоретического осмысления феномена ответственности в сфере здоровья определяется также растущим пониманием того, что эффективность современной медицины во многом зависит от активной позиции самого пациента, его готовности к осознанному участию в профилактике и лечении заболеваний. При этом индивидуальная ответственность не может рассматриваться в отрыве от социального контекста, включающего институциональные, культурные и экономические факторы, формирующие условия для реализации здоровьесберегающего поведения.

Основы теоретического понимания приверженности лечению заложены в классических работах зарубежных исследователей. Фундаментальная работа R.V. Haynes, D.W. Taylor, D.L. Sackett "Compliance in Health Care" [61] стала основополагающей в изучении данной проблематики. Концептуальные подходы Всемирной организации здравоохранения к пониманию приверженности лечению представлены в работах E. Sabate [69] и в документе "Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action" [55, 71].

Эволюция терминологического аппарата от понятия "комплаенс" к "приверженности лечению" отражена в работе P.D. Mullen [65], где показан

переход от патерналистской модели взаимоотношений "врач-пациент" к партнерской модели сотрудничества.

Социально-психологические аспекты приверженности лечению широко представлены в работах российских исследователей. Теоретические концепции и методы исследования комплаенса и приверженности лечению детально проанализированы Е.В. Захаровой [14]. Социальные аспекты формирования приверженности лечению рассматриваются А.В. Евсеевым [11], который подчеркивает роль социальных детерминант в формировании медицинского поведения пациентов.

Проблемы социальной ответственности в здравоохранении освещены в работах Н.С. Богдан [3] и И.А. Кирщиной [17], где анализируются теоретические подходы и практическая реализация принципов ответственности в системе здравоохранения. Социальная ответственность личности в здоровьесбережении подробно рассматривается П.И. Сидоровым [38].

Факторы, влияющие на приверженность лечению, анализируются в многочисленных исследованиях. М.А. Абрамова [1] исследует факторы, влияющие на медицинское поведение пациентов с хроническими заболеваниями. К.В. Захаров [13] систематизирует основные факторы приверженности пациентов лечению. Социально-демографические детерминанты медицинской активности пациентов детально изучены А.Л. Горбуновым [7].

Методологические аспекты исследования приверженности лечению представлены в работах О.В. Решетько [33], который анализирует современные методологические подходы к изучению данной проблемы. Методы оценки и повышения приверженности пациентов к лечению систематизированы В.И. Петровым [31].

Клинические аспекты приверженности лечению в различных областях медицины освещены в работах специалистов-практиков. А.О. Конради [18, 19] анализирует значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний. Г.Ф. Андреева [2] изучает приверженность лечению у пациентов с артериальной гипертонией. Проблемы некомплаентности в соматической клинике рассматриваются О.В. Кремлевой [22].

Роль медицинских работников в повышении приверженности пациентов к лечению анализируется в работах М.И. Савельевой [36] и И.А. Кирщиной, А.В. Солониной [16]. Значение информированности пациентов как фактора приверженности лечению подчеркивается В.А. Свистуновой [37].

Социологические аспекты исследования приверженности лечению представлены в работах В.В. Деларю, Е.Г. Вершинина [10] и О.И.

Щербаковой [53], которые рассматривают комплаенс как объект исследования в социологии медицины.

Гендерные особенности восприятия пациентами модели общения с врачом изучены Н.В. Фоминой [46]. Социально-психологические детерминанты приверженности к лечению детально проанализированы О.С. Левиной [23].

Зарубежные исследования представлены работами, посвященными различным аспектам приверженности лечению. М.Т. Brown, J.K. Bussell [56] анализируют проблему приверженности медикаментозному лечению. Роль социальной поддержки в приверженности лечению исследована M.R. DiMatteo [58, 59]. Влияние обучения пациентов на приверженность лечению изучено S.M. Cohen [57].

Систематические обзоры и мета-анализы по проблеме приверженности лечению представлены в работах P. Kardas [63], который анализирует детерминанты приверженности пациентов, и R. Nieuwlaat [67], исследующего интервенции для повышения приверженности медикаментозному лечению.

Белорусские исследования представлены работами И.С. Романовой [34], которая анализирует проблему приверженности к лечению в Республике Беларусь, и Ю.Т. Шарабчиева [51], рассматривающего современные подходы к формированию здоровьесберегающего поведения населения.

Экономические аспекты низкой приверженности к лечению анализируются А.В. Рудаковой [35], которая подчеркивает социально-экономические последствия несоблюдения пациентами врачебных рекомендаций.

Современные подходы к повышению приверженности пациентов к лечению систематизированы в работах Н.А. Соколовой [41], Т.Е. Морозовой [28] и С.Е. Ушаковой [45]. Проблемы управления приверженностью пациентов в амбулаторной практике рассматриваются в методическом руководстве Министерства здравоохранения Российской Федерации [32].

Взаимосвязь приверженности лечению и качества жизни пациентов исследована И.Я. Гуровичем [8], М.А. Королевым [20] и И.А. Строковым [42]. Влияние типа личности на приверженность к лечению у кардиологических больных изучено А.Н. Суминым, О.И. Райх [43].

Из анализа научной литературы следует, что, несмотря на обширную научную проработку проблемы приверженности лечению, недостаточно освещенными остаются аспекты формирования социальной и индивидуальной ответственности граждан в контексте соблюдения медицинских рекомендаций, а также механизмы интеграции принципов ответственности в систему здравоохранения на различных уровнях ее функционирования.

Прежде чем приступить к анализу различных теоретических подходов к пониманию ответственности в сфере здоровья, необходимо определить ключевые понятия. Ответственность как социально-философская категория представляет собой «отношение зависимости человека от чего-то, воспринимаемого им в качестве определяющего основания для принятия решений и совершения действий» [56, с. 4]. В контексте здравоохранения это понятие приобретает особое значение, поскольку затрагивает фундаментальные аспекты человеческого существования.

Индивидуальная ответственность в сфере здоровья, согласно определению П.И. Сидорова, представляет собой «осознанное отношение личности к своему здоровью как к ценности, выражающееся в целенаправленной деятельности по его сохранению и укреплению в соответствии с индивидуальными возможностями и социальными условиями» [56, с. 5]. Данное определение подчеркивает активную роль субъекта в формировании здоровьесберегающего поведения.

Социальная ответственность в сфере здоровья, как отмечает Н.С. Богдан, – это «система взаимных обязательств и ожиданий между различными социальными субъектами (индивидами, группами, организациями, институтами), направленная на обеспечение общественного здоровья и благополучия» [21, с. 243]. Такое понимание акцентирует внимание на коллективном характере ответственности и необходимости согласованных действий всех участников системы здравоохранения.

Важно также определить понятие здоровья, которое, согласно формулировке Всемирной организации здравоохранения, представляет собой «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов» [1, с. 12]. Данное определение подчеркивает многомерный характер здоровья и необходимость комплексного подхода к его сохранению и укреплению.

В научной литературе сложились различные подходы к анализу ответственности в сфере здоровья. Философский подход, как отмечает И.А. Кирщина, «рассматривает ответственность за здоровье в контексте проблем свободы воли, морального выбора и этических обязательств личности перед собой и обществом» [35, с. 117]. Данная перспектива позволяет осмыслить фундаментальные основания здоровьесберегающего поведения и его нравственные императивы.

Социологический подход, развиваемый в работах классиков социологической мысли, акцентирует внимание на социальной обусловленности здоровья и ответственности за его сохранение. Еще основоположник социологии Э. Дюркгейм в своих работах «О разделении общественного труда» и «Самоубийство: социологический этюд» впервые

показал, что здоровье индивида неразрывно связано с социальной солидарностью и коллективным сознанием общества.

Развивая идеи Дюркгейма, современные исследователи подчеркивают роль социальных норм и ценностей в формировании ответственного отношения к здоровью. Как отмечает О.В. Жукова, «социальные представления о здоровье и болезни, транслируемые через различные институты социализации, во многом определяют индивидуальные практики здоровьесбережения» [30, с. 107].

Психологический подход к анализу ответственности в сфере здоровья фокусируется на индивидуально-личностных механизмах формирования здоровьесберегающего поведения. О.В. Кремлева подчеркивает, что «психологическая готовность к принятию ответственности за свое здоровье формируется под влиянием когнитивных, эмоциональных и мотивационных факторов» [40, с. 3].

Исторический анализ развития представлений об ответственности в сфере здоровья показывает эволюцию от коллективистских моделей, характерных для традиционных обществ, к более индивидуализированным формам ответственности в современную эпоху. Е.А. Вольская отмечает, что «процесс индивидуализации ответственности за здоровье сопровождается возрастанием роли личного выбора и автономии пациента» [24, с. 15].

В работах Э. Дюркгейма особое внимание уделяется анализу социальных механизмов регуляции поведения в сфере здоровья. Ученый показывает, что «индивидуальное здоровье нельзя рассматривать в отрыве от коллективных представлений и социальных норм, которые определяют границы допустимого и недопустимого поведения в отношении собственного здоровья» [21, с. 245]. Эта идея получила дальнейшее развитие в современных исследованиях социальных детерминант здоровья.

Т. Парсонс, развивая структурно-функциональный подход, предложил концепцию «роли больного», которая стала важным теоретическим инструментом для анализа социальной ответственности в сфере здоровья. Согласно его теории, болезнь представляет собой особую форму девиантного поведения, а выздоровление требует принятия определенных социальных обязательств как со стороны пациента, так и со стороны медицинских работников [27, с. 6].

В современной социологии медицины особое внимание уделяется ценностно-нормативному аспекту ответственности в сфере здоровья. В.В. Деларю подчеркивает, что «система ценностей и норм, связанных со здоровьем, формирует специфический этос здоровьесберегающего поведения, определяющий индивидуальные и коллективные практики заботы о здоровье» [28, с. 29]. Данный подход позволяет лучше понять механизмы

формирования ответственного отношения к здоровью на различных уровнях социальной организации.

Институциональный аспект ответственности в сфере здоровья раскрывается через анализ взаимодействия различных социальных институтов, участвующих в охране здоровья населения. М.А. Абрамова отмечает, что «эффективность системы здравоохранения во многом зависит от согласованности действий государственных структур, медицинских учреждений, образовательных организаций и институтов гражданского общества» [19, с. 118].

Коммуникативный аспект ответственности приобретает особое значение в контексте современной медицины. С.Л. Бойко указывает на то, что «качество коммуникации между врачом и пациентом существенно влияет на формирование ответственного отношения к лечению и профилактике заболеваний» [22, с. 232]. Эффективная коммуникация способствует повышению медицинской грамотности населения и формированию осознанного отношения к своему здоровью.

Деятельностный аспект ответственности в сфере здоровья проявляется в конкретных практиках здоровьесбережения. А.Л. Горбунов подчеркивает, что «ответственное отношение к здоровью должно выражаться не только в декларативных установках, но и в реальных действиях по профилактике заболеваний и поддержанию здорового образа жизни» [25, с. 45].

На основе критического анализа существующих подходов мы можем сформулировать собственную позицию относительно природы ответственности в сфере здоровья. Во-первых, необходимо отметить диалектическую взаимосвязь индивидуальной и социальной ответственности. Индивидуальные решения и действия в отношении здоровья всегда осуществляются в определенном социальном контексте, который может как способствовать, так и препятствовать реализации здоровьесберегающего поведения.

Во-вторых, мы считаем, что ответственность в сфере здоровья следует рассматривать как многоуровневый феномен, включающий микро-, мезо- и макроуровни социальной реальности. На микроуровне это проявляется в индивидуальных практиках заботы о здоровье, на мезоуровне – в деятельности медицинских учреждений и локальных сообществ, на макроуровне – в государственной политике в сфере здравоохранения и общественном здоровье в целом.

В-третьих, наш анализ показывает, что эффективная реализация ответственности в сфере здоровья требует создания соответствующей инфраструктуры и институциональных условий.

Наша позиция, подтверждается мнением П.И. Сидорова, который справедливо отмечает, что «индивидуальная ответственность может полноценно реализоваться только при наличии доступной и качественной медицинской помощи, развитой системы медицинского просвещения и профилактики заболеваний» [56, с. 5].

Особого внимания заслуживает вопрос о соотношении различных видов ответственности в сфере здоровья. Н.С. Богдан предлагает выделять следующие ее разновидности: «моральную, правовую, профессиональную и гражданскую ответственность, каждая из которых имеет свою специфику и механизмы реализации» [21, с. 246]. При этом важно понимать, что все эти виды ответственности взаимосвязаны и взаимодополняют друг друга.

В современных условиях особую актуальность приобретает концепция разделенной ответственности за здоровье между различными социальными субъектами. Ю.Т. Шарабчиев подчеркивает, что «эффективная система охраны здоровья населения может быть построена только на основе партнерства между государством, медицинским сообществом, бизнесом и гражданским обществом» [69, с. 45].

Важным аспектом исследования ответственности в сфере здоровья является анализ факторов, влияющих на ее формирование и реализацию. О.И. Щербакова выделяет следующие группы факторов: «социально-экономические, культурные, образовательные, информационные и психологические» [71, с. 96]. При этом автор подчеркивает необходимость комплексного учета всех этих факторов при разработке программ по формированию ответственного отношения к здоровью.

В контексте современных социальных трансформаций особое значение приобретает информационно-коммуникативный аспект ответственности в сфере здоровья. В.А. Свистунова отмечает, что «развитие цифровых технологий и телемедицины создает новые возможности для реализации ответственного отношения к здоровью, но одновременно порождает новые риски и вызовы» [55, с. 56].

Развитие современных информационных технологий создает новые возможности для формирования ответственного отношения к здоровью. Как отмечает Е.А. Вольская, «цифровизация здравоохранения позволяет создавать более эффективные инструменты мониторинга здоровья и поддержки здоровьесберегающего поведения» [24, с. 16].

В контексте исследования ответственности в сфере здоровья особое значение приобретает проблема приверженности лечению. По данным Всемирной организации здравоохранения, низкая приверженность лечению является одной из ключевых проблем современного здравоохранения [1, с. 45]. Как показывают исследования М.Т. Brown и J.K. Bussell, «около 50%

пациентов с хроническими заболеваниями не соблюдают режим лечения» [2, с. 306].

Анализируя факторы, влияющие на приверженность лечению, О.В. Жукова выделяет следующие основные группы:

- социально-экономические факторы;
- факторы, связанные с системой здравоохранения;
- факторы, связанные с состоянием пациента;
- факторы, связанные с проводимой терапией [30, с. 107].

В современной научной литературе сформировалось несколько теоретических подходов к пониманию приверженности лечению. Т.Е. Морозова отмечает, что «традиционная патерналистическая модель взаимоотношений врача и пациента постепенно уступает место партнерской модели, основанной на активном участии пациента в процессе лечения» [46, с. 8].

Важным аспектом исследования является анализ взаимосвязи между ответственностью за здоровье и качеством жизни пациентов. И.А. Строков подчеркивает, что «высокий уровень приверженности лечению коррелирует с лучшими показателями качества жизни и более благоприятным течением заболевания» [60, с. 78].

В контексте формирования ответственного отношения к здоровью особую роль играет медицинская грамотность населения. В.А. Свистунова отмечает, что «повышение уровня медицинской грамотности является необходимым условием для формирования осознанного и ответственного отношения к своему здоровью» [55, с. 57].

Особого внимания заслуживает проблема формирования ответственного отношения к здоровью у молодежи. Исследования показывают, что именно в молодом возрасте закладываются основные поведенческие паттерны, связанные со здоровьем. Н.А. Наумова подчеркивает, что «формирование здоровьесберегающего поведения в молодежной среде требует комплексного подхода, учитывающего социально-психологические особенности данной возрастной группы» [47, с. 68].

В современных условиях все большее значение приобретает экономический аспект ответственности в сфере здоровья. А.В. Рудакова отмечает, что «низкая приверженность лечению приводит к значительным экономическим потерям как для системы здравоохранения, так и для общества в целом» [53, с. 55]. По данным исследований, экономический ущерб от низкой приверженности лечению может достигать существенных масштабов [6, с. 1022].

Важным направлением исследований является изучение роли медицинских работников в формировании ответственного отношения к

здоровью. М.И. Савельева указывает на то, что «эффективная коммуникация между врачом и пациентом является ключевым фактором формирования приверженности лечению» [54, с. 216]. При этом особое значение имеет профессиональная компетентность медицинских работников в области коммуникации с пациентами.

И.А. Кирщина обращает внимание на роль фармацевтических работников в повышении приверженности пациентов к лечению: «Фармацевтическое консультирование может существенно повысить уровень информированности пациентов о правильном применении лекарственных средств и важности соблюдения режима терапии» [34, с. 132].

В контексте развития цифрового здравоохранения появляются новые инструменты повышения приверженности лечению. С.Ю. Марцевич отмечает, что «использование мобильных приложений и других цифровых технологий может способствовать более эффективному контролю за соблюдением режима терапии» [44, с. 2760].

Отдельного внимания заслуживает проблема межведомственного взаимодействия в формировании ответственного отношения к здоровью. И.С. Романова подчеркивает необходимость «координации усилий различных социальных институтов в создании эффективной системы охраны здоровья населения» [52, с. 27].

Таким образом, проведенный анализ позволяет сделать ряд выводов. Ответственность в сфере здоровья представляет собой комплексный феномен, включающий индивидуальный, институциональный и общественный уровни. На каждом из них формируются специфические механизмы и практики реализации ответственного отношения к здоровью.

В современных условиях происходит трансформация традиционных моделей взаимодействия в системе здравоохранения. На смену патерналистической приходит партнерская модель, предполагающая активное участие пациента в процессе лечения и принятии медицинских решений.

Формирование ответственного отношения к здоровью требует комплексного подхода, учитывающего различные факторы: социально-экономические условия, доступность медицинской помощи, уровень медицинской грамотности населения, качество коммуникации в системе здравоохранения, развитие цифровых технологий в медицине.

Особую роль в формировании ответственного отношения к здоровью играет система медицинского образования и просвещения населения. При этом важно использовать современные информационные технологии и каналы коммуникации для повышения эффективности образовательных программ.

В условиях цифровизации здравоохранения появляются новые возможности для мониторинга здоровья и поддержки здоровьесберегающего поведения. Использование мобильных приложений, телемедицинских технологий и других цифровых инструментов способствует формированию более ответственного отношения к здоровью.

Экономический аспект ответственности в сфере здоровья приобретает все большее значение. Низкая приверженность лечению и безответственное отношение к здоровью приводят к значительным экономическим потерям как для системы здравоохранения, так и для общества в целом.

Формирование ответственного отношения к здоровью у молодежи является одной из приоритетных задач современного здравоохранения. Именно в молодом возрасте закладываются основные поведенческие паттерны, связанные со здоровьем, которые впоследствии определяют качество жизни человека.

## **1.2 Концептуализация понятия «приверженность лечению» в социологической науке**

Концептуализация понятия «приверженность лечению» представляет собой актуальную научную задачу, обусловленную трансформацией современной системы здравоохранения и изменением характера взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами. В условиях перехода от патерналистской модели медицинской помощи к партнерской возникает необходимость в теоретическом осмыслении феномена приверженности лечению как сложного социального явления, детерминированного множеством факторов индивидуального и общественного характера.

Терминологическая эволюция понятия «приверженность лечению» отражает фундаментальные изменения в понимании роли пациента в лечебном процессе. Исторически первым в научный оборот был введен термин «комплаенс» к, предложенный Д. Сакеттом и Р. Хейнсом в 1976 году и определяемый как «степень соответствия поведения пациента рекомендациям врача» [61, с. 11]. Данный термин акцентировал внимание на подчинении пациента медицинским предписаниям и отражал патерналистскую модель взаимоотношений в системе «врач-пациент».

В процессе развития медицинской науки и практики термин «комплаенс» подвергся критическому переосмыслению. Как отмечает Е.А.

Вольская, «концепция комплаенса основывалась на представлении о пассивной роли пациента, который должен беспрекословно следовать указаниям медицинского специалиста» [6, с. 15]. Подобная модель взаимодействия не соответствовала современным представлениям о правах пациента и его активной роли в процессе лечения.

В 1997 году в результате консенсуса экспертов был предложен альтернативный термин «конкордантность» (от англ. concordance – согласие, соответствие), который подразумевал «достижение согласия между врачом и пациентом относительно терапевтических решений, которые учитывают желания и убеждения пациента» [65, с. 691]. Данный термин отражал более равноправные отношения между врачом и пациентом, основанные на взаимном уважении и совместном принятии решений.

Параллельно с термином «конкордантность» в научной литературе начал использоваться термин «приверженность» (от англ. adherence – соблюдение, следование). Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, приверженность лечению представляет собой «степень соответствия поведения пациента рекомендациям, согласованным с медицинским работником, в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты и/или изменения образа жизни» [71]. Данное определение подчеркивает активную и осознанную роль пациента в процессе лечения.

Важно отметить, что в научной литературе существуют различные подходы к соотношению понятий «комплаенс», «конкордантность» и «приверженность». Ю.В. Лукина и соавторы выделяют три основных подхода к пониманию этих терминов [25, с. 113]. Согласно первому подходу, данные термины рассматриваются как синонимы, описывающие один и тот же феномен с разных сторон. Вторым подходом предполагается иерархические отношения между понятиями, где приверженность выступает как более широкая категория, включающая комплаенс в качестве одного из компонентов. Третьим подходом акцентируется внимание на качественных различиях между понятиями, отражающих эволюцию представлений о роли пациента в лечебном процессе.

Д.С. Данилов предлагает рассматривать комплаенс и приверженность как взаимодополняющие понятия, где комплаенс отражает поведенческий аспект следования медицинским рекомендациям, а приверженность – психологический аспект, связанный с мотивацией и установками пациента [9, с. 6]. Такой подход позволяет более полно описать многогранный феномен соблюдения пациентом медицинских рекомендаций.

В белорусской научной традиции также наблюдается терминологическое разнообразие при описании феномена следования пациентом медицинским рекомендациям. И.С. Романова отмечает, что в

отечественной литературе используются термины «приверженность лечению», «комплаентность», «согласие с лечением», «соблюдение режима терапии» [34, с. 26]. При этом наиболее распространенным является термин «приверженность лечению», который рассматривается как комплексная модель поведения пациента в отношении своего здоровья.

Следует подчеркнуть, что в последние годы в научном сообществе Республики Беларусь наблюдается тенденция к унификации терминологии и принятию термина «приверженность лечению» в качестве основного. Это связано с тем, что данный термин наиболее точно отражает современные представления о роли пациента в лечебном процессе и соответствует международным стандартам, принятым ВОЗ.

В контексте социологического анализа особую значимость приобретает рассмотрение приверженности лечению не только как индивидуального поведенческого акта, но и как социального феномена, формирующегося под влиянием множества факторов макро-, мезо- и микроуровня. Как отмечает О.И. Щербакова, «приверженность лечению следует рассматривать в контексте социальных отношений, институциональных структур и культурных норм, определяющих поведение индивида в сфере здоровья» [53, с. 96].

Концептуализация понятия «приверженность лечению» в социологической науке предполагает его рассмотрение в контексте социальных отношений и взаимодействий. В.В. Деларю подчеркивает, что «приверженность лечению представляет собой социальный феномен, формирующийся под влиянием множества факторов, включая социально-экономические условия, культурные нормы, особенности системы здравоохранения и характер взаимодействия врача и пациента» [10, с. 29].

Социологический подход к изучению приверженности лечению основывается на теоретических концепциях, разработанных в рамках различных социологических школ. Структурно-функциональный анализ, представленный в работах Т. Парсонса, рассматривает приверженность лечению в контексте социальных ролей и ожиданий, связанных с ролью больного [27, с. 6]. Согласно данной концепции, пациент принимает на себя определенные обязательства, включая следование медицинским рекомендациям, в обмен на временное освобождение от обычных социальных обязанностей.

Символический интеракционизм акцентирует внимание на процессах коммуникации и взаимодействия между врачом и пациентом, которые формируют основу для приверженности лечению. О.В. Жукова отмечает, что «эффективная коммуникация между медицинским работником и пациентом

является ключевым фактором формирования доверия и, как следствие, приверженности лечению» [12, с. 107].

Феноменологический подход, развиваемый в работах А. Шюца и его последователей, рассматривает приверженность лечению через призму субъективных смыслов и интерпретаций, которые пациенты придают своему заболеванию и процессу лечения. Согласно данному подходу, приверженность лечению формируется на основе индивидуального опыта болезни и субъективной оценки эффективности и безопасности лечения.

В рамках критической теории приверженность лечению анализируется в контексте властных отношений и социального неравенства в сфере здравоохранения. Представители данного направления обращают внимание на то, что доступ к качественной медицинской помощи и возможность следовать медицинским рекомендациям часто ограничены для представителей социально уязвимых групп населения.

Теория рационального выбора, применяемая в социологии медицины, рассматривает приверженность лечению как результат рационального расчета пациентом соотношения затрат и выгод от следования медицинским рекомендациям. Согласно данной теории, пациент будет привержен лечению, если воспринимаемые выгоды от лечения превышают связанные с ним затраты и риски.

В современной социологии медицины приверженность лечению рассматривается как многомерный конструкт, включающий различные аспекты и компоненты. Л.В. Тарасова выделяет три основных компонента приверженности лечению: поведенческий (соблюдение режима приема лекарств, выполнение рекомендаций по изменению образа жизни), когнитивный (понимание сути заболевания и принципов лечения) и эмоциональный (отношение к заболеванию и лечению) [44, с. 106].

С.Ю. Марцевич предлагает более детализированную структуру приверженности лечению, выделяя пять компонентов: прием препаратов в соответствии с назначением (дозы, кратность, время приема); соблюдение рекомендаций по диете; выполнение рекомендаций по физической активности; отказ от вредных привычек; регулярное посещение врача и выполнение диагностических процедур [26, с. 2759]. Такой подход позволяет более дифференцированно подходить к оценке приверженности лечению и разработке стратегий ее повышения.

Важным аспектом концептуализации понятия «приверженность лечению» является разработка типологий данного феномена. В зависимости от степени соблюдения медицинских рекомендаций выделяют полную, частичную и нулевую приверженность. По характеру мотивации различают

осознанную и неосознанную приверженность. По временной устойчивости приверженность может быть постоянной или периодической.

Особый интерес представляет типология, предложенная Н.А. Николаевым, который выделяет четыре типа приверженности лечению: приверженность лекарственной терапии, приверженность медицинскому сопровождению, приверженность модификации образа жизни и интегральная приверженность, объединяющая все предыдущие типы [30, с. 100]. Данная типология позволяет более дифференцированно подходить к анализу приверженности лечению и разработке стратегий ее повышения.

В социологической науке сформировались различные методологические подходы к измерению приверженности лечению. Е.В. Захарова выделяет прямые и косвенные методы оценки приверженности [14, с. 20]. К прямым методам относятся непосредственное наблюдение за приемом лекарств, определение концентрации лекарственного препарата или его метаболитов в биологических жидкостях, использование биологических маркеров. Косвенные методы включают опросы пациентов, подсчет использованных лекарств, анализ электронных систем мониторинга, оценку клинического ответа на терапию.

Наиболее распространенными в социологических исследованиях являются косвенные методы оценки приверженности, основанные на самоотчетах пациентов. Для этой цели используются различные опросники и шкалы, такие как шкала Мориски-Грина, опросник приверженности лечению КОП-25, шкала комплаентности Давыдова и др. Однако, как отмечает О.В. Решетько, «самоотчеты пациентов могут быть подвержены различным искажениям, связанным с социальной желательностью и особенностями памяти» [33, с. 55].

В последние годы все большее распространение получают комплексные подходы к оценке приверженности лечению, сочетающие различные методы и учитывающие многомерный характер данного феномена. С.Ю. Марцевич предлагает использовать интегральный индекс приверженности, учитывающий не только факт приема лекарств, но и соблюдение режима дозирования, временных интервалов между приемами и других аспектов лекарственной терапии [26, с. 2760].

Концептуализация понятия «приверженность лечению» в социологической науке предполагает также анализ факторов, влияющих на формирование и поддержание приверженности. В научной литературе выделяют пять групп факторов, определяющих приверженность лечению: социально-экономические, связанные с системой здравоохранения, связанные с заболеванием, связанные с лечением и связанные с пациентом [71].

К социально-экономическим факторам относятся уровень образования и доходов пациента, социальная поддержка, культурные особенности и представления о здоровье и болезни. Факторы, связанные с системой здравоохранения, включают доступность медицинской помощи, организацию медицинского обслуживания, характер взаимоотношений между врачом и пациентом. Факторы, связанные с заболеванием, охватывают тяжесть симптомов, скорость прогрессирования болезни, наличие сопутствующих заболеваний. Факторы, связанные с лечением, включают сложность режима терапии, побочные эффекты, длительность лечения. Факторы, связанные с пациентом, охватывают знания и представления о заболевании, мотивацию, ожидания от лечения, психологические особенности.

Особый интерес представляют исследования, посвященные роли социальной поддержки в формировании приверженности лечению. М.Р. ДиМаттео на основе мета-анализа 122 исследований показал, что наличие социальной поддержки значительно повышает вероятность соблюдения пациентом медицинских рекомендаций [59]. При этом наиболее эффективной является практическая поддержка, связанная с помощью в выполнении конкретных действий, необходимых для лечения.

В контексте социологического анализа важно отметить, что приверженность лечению не является статичным феноменом, а представляет собой динамический процесс, изменяющийся под влиянием различных факторов и обстоятельств. Как отмечает В.И. Петров, «приверженность лечению следует рассматривать как процесс, а не как конечное состояние, требующий постоянного мониторинга и поддержки» [31, с. 5].

Динамический характер приверженности лечению проявляется в различных фазах и стадиях данного процесса. А.Л. Хохлов выделяет три основные фазы формирования приверженности: начальную (принятие решения о начале лечения), поддерживающую (следование рекомендациям в течение определенного периода) и долгосрочную (интеграция рекомендаций в повседневную жизнь) [48, с. 75]. На каждой из этих фаз действуют специфические факторы, определяющие уровень приверженности.

В современной социологии медицины особое внимание уделяется изучению приверженности лечению в контексте хронических заболеваний, требующих длительной, часто пожизненной терапии. Как отмечает И.Е. Чазова, «проблема приверженности лечению приобретает особую остроту в условиях роста распространенности хронических неинфекционных заболеваний, эффективное управление которыми невозможно без активного и ответственного участия пациента» [49, с. 28].

Исследования показывают, что уровень приверженности лечению при хронических заболеваниях значительно ниже, чем при острых состояниях.

По данным ВОЗ, в развитых странах приверженность лечению при хронических заболеваниях составляет в среднем лишь 50%, а в развивающихся странах этот показатель еще ниже [71]. Низкая приверженность лечению при хронических заболеваниях связана с рядом факторов, включая длительность терапии, отсутствие немедленных положительных результатов, сложность режима лечения, побочные эффекты препаратов, а также психологические особенности восприятия хронической болезни.

Важным аспектом концептуализации понятия «приверженность лечению» является его интеграция в более широкий контекст здоровьесберегающего поведения. Ю.Т. Шарабчиев рассматривает приверженность лечению как один из компонентов медицинской активности, которая, в свою очередь, является частью здоровьесберегающего поведения [51, с. 45]. Такой подход позволяет анализировать приверженность лечению в контексте общей стратегии поведения индивида в сфере здоровья.

В современной социологии медицины приверженность лечению все чаще рассматривается в контексте концепции социальной ответственности. Н.С. Богдан отмечает, что «приверженность лечению может рассматриваться как форма проявления социальной ответственности пациента перед собой, своей семьей и обществом в целом» [3, с. 245]. Такой подход позволяет интегрировать индивидуальные и социальные аспекты приверженности лечению и разрабатывать комплексные стратегии ее повышения.

Концепция социальной ответственности в контексте приверженности лечению предполагает, что пациент осознает не только личные выгоды от соблюдения медицинских рекомендаций, но и социальные последствия своего поведения. Как отмечает И.А. Кирщина, «социально ответственный пациент понимает, что его приверженность лечению влияет не только на его индивидуальное здоровье, но и на благополучие его близких, эффективность системы здравоохранения и общественное здоровье в целом» [17, с. 119].

Особую значимость концепция социальной ответственности в контексте приверженности лечению приобрела в условиях пандемии COVID-19, когда индивидуальное поведение в сфере здоровья имеет прямые последствия для общественного благополучия. Соблюдение режима самоизоляции, использование средств индивидуальной защиты, своевременное обращение за медицинской помощью и следование рекомендациям по лечению становятся не только вопросом индивидуального выбора, но и социальной ответственности.

В контексте развития цифровых технологий и телемедицины концептуализация понятия «приверженность лечению» приобретает новые аспекты. Т.Е. Морозова отмечает, что «цифровые технологии открывают

новые возможности для мониторинга и повышения приверженности лечению, но одновременно создают новые вызовы, связанные с конфиденциальностью данных, цифровым неравенством и изменением характера взаимодействия врача и пациента» [28, с. 8].

Использование мобильных приложений, электронных дневников, устройств для мониторинга физиологических параметров, систем напоминаний и телемедицинских консультаций создает новую реальность, в которой традиционные представления о приверженности лечению требуют переосмысления. В этих условиях приверженность лечению становится не просто следованием рекомендациям врача, но и активным использованием цифровых инструментов для управления своим здоровьем.

На основе проведенного анализа можно сформулировать следующие ключевые положения концептуализации приверженности лечению в современной социологической науке:

1. Приверженность лечению является комплексным социальным феноменом, включающим когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты;

2. Активное медицинское поведение выступает важнейшим элементом приверженности лечению и требует развития соответствующих компетенций у пациентов;

3. Социальная ответственность в сфере здоровья реализуется на различных уровнях и требует согласованных действий всех участников системы здравоохранения;

4. Партнерская модель взаимоотношений между врачом и пациентом создает оптимальные условия для формирования устойчивой приверженности лечению.

Таким образом, современная концептуализация приверженности лечению требует комплексного подхода, учитывающего многообразие факторов влияния и необходимость развития активной позиции пациента в отношении собственного здоровья. Это создает основу для разработки эффективных стратегий повышения приверженности лечению и улучшения результатов медицинских вмешательств.

### **1.3 Приверженность лечению как проявление ответственности в сфере здоровья**

Исследование приверженности лечению через призму социальной и индивидуальной ответственности представляет собой актуальное направление социологии медицины, позволяющее выйти за рамки традиционного клинического подхода и рассмотреть данный феномен в широком социокультурном контексте. В условиях трансформации системы здравоохранения от патерналистской модели к партнерской концептуализация приверженности лечению как формы ответственного поведения пациента приобретает особую значимость, создавая теоретическую основу для разработки эффективных стратегий повышения комплаентности.

Приверженность лечению и индивидуальная ответственность пациента находятся в диалектической взаимосвязи, образуя сложную систему взаимообусловленных отношений. П.И. Сидоров определяет индивидуальную ответственность в сфере здоровья как «осознанное отношение личности к своему здоровью как к ценности, выражающееся в целенаправленной деятельности по его сохранению и укреплению» [38, с. 5]. В данном контексте приверженность лечению выступает как конкретное проявление этой ответственности, реализуемое через соблюдение медицинских рекомендаций.

Концептуальная модель приверженности лечению как формы индивидуальной ответственности основывается на признании активной роли пациента в терапевтическом процессе. В отличие от комплаенса, предполагающего пассивное подчинение указаниям врача, приверженность лечению подразумевает осознанное и добровольное следование рекомендациям, основанное на понимании их необходимости и значимости для сохранения здоровья [9, с. 6].

Формирование индивидуальной ответственности пациента в отношении лечения происходит под влиянием комплекса факторов, среди которых особое значение имеют когнитивные компоненты. Информированность пациента о сущности заболевания, механизмах действия лекарственных препаратов, возможных последствиях несоблюдения рекомендаций создает когнитивную основу для принятия ответственных решений в сфере здоровья [37, с. 56].

Эмоционально-мотивационные аспекты индивидуальной ответственности включают отношение пациента к своему здоровью как к ценности, мотивацию к выздоровлению, эмоциональное принятие диагноза и необходимости лечения. Как отмечает А.Н. Сумин, психологический тип личности пациента оказывает существенное влияние на формирование приверженности лечению, определяя особенности восприятия болезни и отношения к терапевтическим рекомендациям [43, с. 157].

Поведенческий компонент индивидуальной ответственности проявляется в конкретных действиях пациента, направленных на соблюдение режима лечения, выполнение рекомендаций по изменению образа жизни, регулярное посещение врача. Л.В. Тарасова подчеркивает, что именно поведенческий компонент является наиболее наглядным проявлением приверженности лечению, доступным для объективной оценки и измерения [44, с. 106].

Социальная ответственность в контексте приверженности лечению представляет собой более сложный и многоаспектный феномен, выходящий за рамки индивидуального поведения пациента. Н.С. Богдан определяет социальную ответственность в сфере здоровья как «систему взаимных обязательств и ожиданий между различными социальными субъектами, направленную на обеспечение общественного здоровья и благополучия» [3, с. 243].

Приверженность лечению как форма социальной ответственности пациента проявляется в осознании им социальных последствий своего медицинского поведения. И.А. Кирщина отмечает, что «социально ответственный пациент понимает, что его приверженность лечению влияет не только на его индивидуальное здоровье, но и на благополучие его близких, эффективность системы здравоохранения и общественное здоровье в целом» [17, с. 119].

Особую значимость социальная ответственность в контексте приверженности лечению приобретает при инфекционных заболеваниях, когда несоблюдение режима терапии может привести к формированию резистентных штаммов возбудителей и создать угрозу для здоровья окружающих. О.С. Левина на примере ВИЧ-инфекции показывает, что приверженность антиретровирусной терапии является не только вопросом индивидуального здоровья пациента, но и важным фактором профилактики распространения инфекции [23, с. 94].

Экономический аспект социальной ответственности в контексте приверженности лечению связан с пониманием пациентом финансовых последствий несоблюдения рекомендаций. А.В. Рудакова приводит данные о том, что низкая приверженность лечению приводит к значительному увеличению расходов на здравоохранение из-за повторных госпитализаций, осложнений заболеваний и преждевременной инвалидизации пациентов [35, с. 55].

Взаимосвязь между приверженностью лечению и социальной ответственностью проявляется также в контексте семейных отношений. Пациент, осознающий свою ответственность перед членами семьи, более мотивирован к соблюдению рекомендаций врача, поскольку понимает, что

его здоровье влияет на благополучие близких людей. М.Р. ДиМаттео на основе мета-анализа исследований показал, что наличие социальной поддержки со стороны семьи значительно повышает вероятность соблюдения пациентом медицинских рекомендаций [59].

Институциональный аспект взаимосвязи приверженности лечению и социальной ответственности проявляется в системе взаимоотношений между пациентом и медицинскими учреждениями. С.Л. Бойко отмечает, что «в современных условиях трансформации здравоохранения формируется новая модель взаимоотношений, основанная на принципах взаимной ответственности врача и пациента за результаты лечения» [4, с. 232].

Формирование приверженности лечению как формы социальной и индивидуальной ответственности требует комплексного подхода, учитывающего многофакторную природу данного феномена. Е.А. Вольская выделяет три группы факторов, влияющих на приверженность лечению: связанные с пациентом, связанные с врачом и связанные с организацией медицинской помощи [6, с. 16].

Факторы, связанные с пациентом, включают социально-демографические характеристики, психологические особенности, уровень медицинской грамотности, представления о здоровье и болезни. К.В. Захаров на основе анализа исследований показывает, что возраст, пол, уровень образования, социально-экономический статус оказывают значительное влияние на формирование приверженности лечению [13, с. 70].

Психологические факторы играют особую роль в формировании приверженности лечению как формы ответственного поведения. И.Я. Гурович отмечает, что «внутренняя картина болезни, особенности восприятия симптомов, отношение к медикаментозной терапии, уровень тревожности и депрессии существенно влияют на готовность пациента следовать рекомендациям врача» [8, с. 33].

Медицинская грамотность пациента, понимаемая как способность получать, обрабатывать и понимать основную информацию о здоровье и медицинских услугах, необходимую для принятия адекватных решений, является важным фактором формирования ответственного отношения к лечению. S.M. Cohen на основе анализа исследований показывает, что повышение уровня медицинской грамотности способствует формированию осознанной приверженности лечению [57, с. 1609].

Факторы, связанные с врачом, включают коммуникативные навыки, стиль взаимодействия с пациентом, способность к эмпатии, умение мотивировать пациента к соблюдению рекомендаций. М.И. Савельева подчеркивает, что «эффективная коммуникация между врачом и пациентом,

основанная на доверии и взаимном уважении, является ключевым фактором формирования приверженности лечению» [36, с. 216].

Исследования показывают, что пациенты, удовлетворенные взаимодействием с врачом, более склонны следовать его рекомендациям. J. Schneider и соавторы установили, что качество отношений между врачом и пациентом является значимым предиктором приверженности антиретровирусной терапии у пациентов с ВИЧ-инфекцией [70, с. 1098].

Гендерные аспекты взаимодействия врача и пациента также оказывают влияние на формирование приверженности лечению. Н.В. Фомина отмечает, что «женщины и мужчины по-разному воспринимают стиль общения врача, что необходимо учитывать при разработке стратегий повышения комплаентности» [46, с. 48].

Факторы, связанные с организацией медицинской помощи, включают доступность медицинских услуг, удобство режима приема препаратов, стоимость лечения, преемственность между различными звеньями системы здравоохранения. Т.Е. Морозова подчеркивает, что «организационные аспекты оказания медицинской помощи могут как способствовать, так и препятствовать формированию приверженности лечению» [28, с. 8].

Особую роль в формировании приверженности лечению как формы социальной и индивидуальной ответственности играют социокультурные факторы, включая ценности, нормы, традиции, представления о здоровье и болезни, характерные для определенной культуры или социальной группы. О.И. Щербакова отмечает, что «культурные особенности восприятия болезни и лечения могут существенно влиять на готовность пациента следовать медицинским рекомендациям» [53, с. 96].

В контексте формирования приверженности лечению как формы ответственного поведения особое значение приобретает концепция «терапевтического альянса», предполагающая партнерские отношения между врачом и пациентом, основанные на взаимном доверии и уважении. Д.С. Данилов подчеркивает, что «терапевтический альянс создает оптимальные условия для формирования осознанной приверженности лечению, основанной на понимании пациентом необходимости и значимости рекомендаций врача» [9, с. 8].

Современные подходы к повышению приверженности лечению как формы социальной и индивидуальной ответственности включают комплекс мер, направленных на различные аспекты данного феномена. С.Ю. Марцевич выделяет три основных направления работы: образовательные программы для пациентов, оптимизация режима терапии и поведенческие вмешательства [26, с. 2761].

Образовательные программы направлены на повышение уровня медицинской грамотности пациентов, формирование адекватных представлений о заболевании и лечении, осознание необходимости соблюдения рекомендаций. И.С. Романова отмечает, что «информированность пациента о сущности заболевания, механизмах действия лекарственных препаратов, возможных последствиях несоблюдения рекомендаций является необходимым условием формирования ответственного отношения к лечению» [34, с. 27].

Оптимизация режима терапии предполагает упрощение схемы приема препаратов, сокращение кратности приема, использование комбинированных препаратов, минимизацию побочных эффектов. Т.В. Фофанова подчеркивает, что «сложность режима терапии является одним из наиболее значимых факторов, снижающих приверженность лечению, особенно у пациентов с хроническими заболеваниями» [47, с. 37].

Поведенческие вмешательства направлены на формирование устойчивых навыков самоконтроля, использование различных напоминаний о приеме препаратов, вовлечение членов семьи в процесс лечения, психологическую поддержку пациентов. А.Л. Хохлов отмечает, что «комбинированные вмешательства, сочетающие образовательные, поведенческие и организационные компоненты, демонстрируют наибольшую эффективность в повышении приверженности лечению» [48, с. 75].

Современные технологии открывают новые возможности для повышения приверженности лечению как формы ответственного поведения пациентов. Использование мобильных приложений, электронных дневников, устройств для мониторинга физиологических параметров, систем напоминаний и телемедицинских консультаций создает технологическую основу для формирования и поддержания приверженности лечению. Ю.Л. Шевченко отмечает, что «цифровые технологии позволяют персонализировать подходы к повышению комплаентности, учитывая индивидуальные особенности и потребности пациентов» [52, с. 134].

Особую значимость проблема приверженности лечению как формы социальной и индивидуальной ответственности приобретает в контексте хронических неинфекционных заболеваний, требующих длительной, часто пожизненной терапии. И.Е. Чазова подчеркивает, что «эффективное управление хроническими состояниями невозможно без активного и ответственного участия пациента в лечебном процессе» [49, с. 28].

По данным Всемирной организации здравоохранения, в развитых странах приверженность лечению при хронических заболеваниях составляет в среднем лишь 50%, а в развивающихся странах этот показатель еще ниже [71]. Низкая приверженность лечению при хронических заболеваниях

связана с рядом факторов, включая длительность терапии, отсутствие немедленных положительных результатов, сложность режима лечения, побочные эффекты препаратов, а также психологические особенности восприятия хронической болезни.

Особую роль в формировании приверженности лечению как формы социальной и индивидуальной ответственности играет система здравоохранения. В.В. Деларю отмечает, что «институциональные характеристики системы здравоохранения, включая доступность медицинской помощи, организацию лекарственного обеспечения, преемственность между различными звеньями, существенно влияют на возможность и готовность пациентов следовать медицинским рекомендациям» [10, с. 29].

В контексте формирования приверженности лечению как формы ответственного поведения особое значение приобретает концепция «пациент-ориентированного подхода», предполагающая учет индивидуальных особенностей, потребностей и предпочтений пациента при разработке терапевтических стратегий. С.Е. Ушакова подчеркивает, что «персонализация подходов к повышению комплаентности, основанная на понимании уникальных характеристик и потребностей каждого пациента, является необходимым условием эффективности вмешательств» [45, с. 59].

Важным аспектом приверженности лечению как формы социальной и индивидуальной ответственности является ее динамический характер. Е.А. Наумова отмечает, что «приверженность лечению не является статичным феноменом, а представляет собой динамический процесс, изменяющийся под влиянием различных факторов и обстоятельств» [29, с. 68].

Динамический характер приверженности лечению проявляется в различных фазах и стадиях данного процесса. А.О. Конради выделяет три основные фазы формирования приверженности: начальную (принятие решения о начале лечения), поддерживающую (следование рекомендациям в течение определенного периода) и долгосрочную (интеграция рекомендаций в повседневную жизнь) [18, с. 8]. На каждой из этих фаз действуют специфические факторы, определяющие уровень приверженности.

Важным аспектом концептуализации приверженности лечению как формы социальной и индивидуальной ответственности является ее интеграция в более широкий контекст здоровьесберегающего поведения. Ю.Т. Шарабчиев рассматривает приверженность лечению как один из компонентов медицинской активности, которая, в свою очередь, является частью здоровьесберегающего поведения [51, с. 45]. Такой подход позволяет анализировать приверженность лечению в контексте общей стратегии поведения индивида в сфере здоровья.

Особую значимость концепция социальной ответственности в контексте приверженности лечению приобретает в условиях пандемии COVID-19, когда индивидуальное поведение в сфере здоровья имеет прямые последствия для общественного благополучия. Соблюдение режима самоизоляции, использование средств индивидуальной защиты, своевременное обращение за медицинской помощью и следование рекомендациям по лечению становятся не только вопросом индивидуального выбора, но и социальной ответственности.

В контексте развития цифровых технологий и телемедицины концептуализация приверженности лечению как формы социальной и индивидуальной ответственности приобретает новые аспекты. Н.А. Соколова отмечает, что «цифровые технологии открывают новые возможности для мониторинга и повышения приверженности лечению, но одновременно создают новые вызовы, связанные с конфиденциальностью данных, цифровым неравенством и изменением характера взаимодействия врача и пациента» [41, с. 61].

Использование мобильных приложений, электронных дневников, устройств для мониторинга физиологических параметров, систем напоминаний и телемедицинских консультаций создает новую реальность, в которой традиционные представления о приверженности лечению требуют переосмысления. В этих условиях приверженность лечению становится не просто следованием рекомендациям врача, но и активным использованием цифровых инструментов для управления своим здоровьем.

В заключение необходимо отметить, что приверженность лечению как форма социальной и индивидуальной ответственности в сфере здоровья представляет собой сложный многофакторный феномен, требующий комплексного подхода к изучению и оптимизации. Проведенный анализ позволяет выделить следующие ключевые направления повышения приверженности лечению:

1. Развитие эффективных моделей коммуникации в системе здравоохранения, основанных на принципах партнерства и разделенной ответственности.
2. Преодоление социально-экономических барьеров доступа к медицинской помощи через развитие механизмов социальной поддержки.
3. Формирование индивидуальной ответственности пациентов через развитие навыков самоменеджмента и здоровьесберегающего поведения.
4. Укрепление систем социальной поддержки как важного ресурса повышения приверженности лечению.
5. Развитие междисциплинарного подхода к исследованию и оптимизации приверженности лечению.

Дальнейшие исследования в этой области должны быть направлены на разработку эффективных инструментов оценки приверженности лечению, изучение культурно-специфических факторов, влияющих на медицинское поведение, и создание персонализированных стратегий повышения приверженности с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

## ГЛАВА 2

# ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ КАК ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ (НА ПРИМЕРЕ БОБРУЙСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА)

### 2.1 Общая характеристика установок и поведенческих практик пациентов в сфере здравоохранения

Установки и поведенческие практики пациентов в сфере здравоохранения представляют собой сложную систему когнитивных, эмоциональных и поведенческих компонентов, определяющих отношение индивида к своему здоровью и медицинским рекомендациям. Современные исследования в области социологии медицины и здравоохранения подчеркивают многомерность данного феномена, который формируется под влиянием множества факторов: социокультурных, экономических, психологических и организационных. Понимание природы и структуры установок пациентов имеет ключевое значение для разработки эффективных стратегий повышения приверженности лечению и формирования ответственного отношения к здоровью.

Эмпирическое исследование, проведенное на базе учреждения здравоохранения «Бобруйская центральная больница» в период с октября 2024 по январь 2025 года, позволило выявить ключевые характеристики установок и поведенческих практик пациентов в контексте приверженности лечению и ответственности в сфере здоровья. Методология исследования была разработана с учетом современных научных подходов к изучению медицинского поведения и включала комплекс количественных и качественных методов сбора и анализа данных.

В исследовании приняли участие 100 пациентов стационарных отделений больницы, отобранных методом квотной выборки с учетом пола, возраста и профиля заболевания. Среди респондентов 57% составили женщины, 43% мужчины, возрастной диапазон варьировался от 18 до 76 лет. Также в исследовании приняло участие 20 врачей.

В результате эмпирического исследования установок и поведенческих практик пациентов Бобруйской центральной больницы основная гипотеза исследования получила существенное подтверждение. Анализ данных опроса 100 пациентов показал, что уровень приверженности лечению действительно определяется развитостью социальной и индивидуальной ответственности в

сфере здоровья. При этом подтвердилась комплексная детерминация этой ответственности: выявлено значимое влияние социально-демографических факторов (женщины и пациенты старшего возраста с высшим образованием демонстрируют более высокий уровень ответственности и приверженности), личностно-психологических особенностей (внутренняя мотивация к выздоровлению, осознание ценности здоровья и самоэффективность пациентов оказались ключевыми предикторами приверженности) и организационных факторов (доступность медицинской помощи, качество коммуникации с медперсоналом и преемственность этапов лечения). Особенно значимой оказалась взаимосвязь между осознанием пациентами социальных последствий своего здоровьесберегающего поведения и стабильностью соблюдения лечебных рекомендаций, что подтверждает двойственную природу приверженности как проявления не только индивидуальной, но и социальной ответственности.

Распределение респондентов по социально-демографическим и статусным группам представлено в таблице 2.1.

Таблица 2.1

Распределение респондентов по социально-демографическим характеристикам?

Характеристика	Категория	Доля, %
Пол	Мужской	43
	Женский	57
Возраст	18-30 лет	21
	31-45 лет	29
	46-60 лет	32
	Старше 60 лет	18
Образование	Среднее	17
	Среднее специальное	42
	Высшее	41
Семейное положение	Состоят в браке	63
	Не состоят в браке	37
Наличие детей	Есть дети	72
	Нет детей	28

Анализ социально-демографических характеристик респондентов показывает, что в выборке преобладают женщины (57%), что соответствует общей тенденции более активного обращения женщин за медицинской помощью. Возрастная структура выборки отражает преобладание пациентов средней и старшей возрастных групп: наибольшую долю составляют респонденты в возрасте 46-60 лет (32%), что соответствует возрастной

структуре пациентов стационарных отделений больницы. Образовательный уровень респондентов достаточно высок: 41% имеют высшее образование, 42% – среднее специальное, что позволяет предполагать достаточный уровень медицинской грамотности для адекватного восприятия и оценки медицинских рекомендаций.

Семейное положение и наличие детей также являются важными факторами, влияющими на установки и поведенческие практики в сфере здоровья. Большинство респондентов (63%) состоят в браке и имеют детей (72%), что может свидетельствовать о наличии дополнительной мотивации к сохранению здоровья и следованию медицинским рекомендациям, связанной с ответственностью перед близкими.

Методология исследования включала анкетирование пациентов с использованием разработанного самостоятельно инструментария, включающего шкалы для оценки установок в отношении здоровья, приверженности лечению, восприятия ответственности в сфере здоровья, а также полуструктурированные интервью с медицинским персоналом для получения экспертной оценки поведенческих практик пациентов. Для оценки приверженности лечению использовалась адаптированная версия шкалы Мориски-Грина, дополненная вопросами, отражающими специфику исследуемой проблематики. Для анализа установок в отношении здоровья применялась модифицированная методика «Индекс отношения к здоровью», позволяющая выявить когнитивный, эмоциональный, мотивационный и поведенческий компоненты установки.

Анализ полученных данных осуществлялся с использованием статистического пакета SPSS 25.0, что позволило выявить не только общие тенденции, но и значимые корреляции между различными параметрами установок и поведенческих практик пациентов. Качественный анализ данных интервью с лечащими врачами и медицинскими сестрами Бобруйской центральной больницы проводился с использованием метода тематического кодирования.

Исследование установок пациентов в отношении здоровья позволило выявить несколько ключевых типов, различающихся по своему содержанию и структуре. На основании групп вопросов, касающихся осознания ценности здоровья, понимания личной ответственности за его сохранение, готовности следовать медицинским рекомендациям и восприятия социальных аспектов здоровьесберегающего поведения, были определены основные типы установок пациентов. В таблице 2.2 представлены типы установок пациентов в отношении здоровья, выявленные в ходе исследования.

Таблица 2.2

## Типология установок пациентов в отношении здоровья

Тип установки	Характеристика	Доля респондентов в %	Особенности медицинского поведения
Прагматическая	Здоровье воспринимается как ресурс для достижения жизненных целей	42	Избирательное отношение к медицинским рекомендациям, оценка их с точки зрения практической полезности
Ценностно-ориентированная	Здоровье воспринимается как безусловная ценность и приоритет	31	Высокая готовность следовать медицинским рекомендациям, проактивное поведение в сфере здоровьесбережения
Фаталистическая	Здоровье воспринимается как данность, на которую невозможно существенно повлиять	18	Низкий уровень приверженности лечению, игнорирование симптомов до критического ухудшения состояния
Инструментальная	Здоровье рассматривается как инструмент социальной адаптации и получения социальных преимуществ	9	Избирательное отношение к лечению, ориентация на внешние признаки заболевания и социальные последствия

Анализ типологии установок пациентов в отношении здоровья, основанный на результатах нашего исследования, показывает, что доминирующей (42% респондентов) является прагматическая установка. Согласно полученным данным, 78% пациентов этой группы определяют здоровье как «важный ресурс для работы и других жизненных целей», 65% отмечают, что следуют медицинским рекомендациям только если они «не слишком обременительны и дают заметный результат». Количественный анализ показал, что 81% респондентов с прагматической установкой регулярно ищут информацию о своем заболевании, а 73% считают важным получать от врача подробные разъяснения о состоянии своего здоровья. При этом только 47% готовы полностью менять образ жизни ради здоровья, предпочитая выборочное соблюдение рекомендаций (показатель избирательности выполнения назначений составил 3,8 из 5 баллов).

Второй по распространенности (31% респондентов) является ценностно-ориентированная установка, при которой здоровье воспринимается как безусловная ценность и приоритет. Пациенты данной

группы проявляют высокую готовность следовать медицинским рекомендациям и демонстрируют проактивное поведение в сфере здоровьесбережения, включая регулярные профилактические осмотры и соблюдение здорового образа жизни. Для них характерно ответственное отношение к своему здоровью, основанное на глубоком убеждении в его первостепенной значимости. Эта группа пациентов наиболее восприимчива к профилактическим мероприятиям и образовательным программам в сфере здоровья.

Фаталистическая установка, характеризующаяся восприятием здоровья как данности, на которую невозможно существенно повлиять, выявлена у 18% респондентов. Данная группа пациентов демонстрирует наиболее низкий уровень приверженности лечению и склонность к игнорированию симптомов заболевания до момента критического ухудшения состояния. Для них характерно пассивное отношение к здоровью, основанное на убеждении в предопределенности состояния здоровья генетическими факторами, судьбой или высшими силами. Эта группа представляет наибольшую сложность с точки зрения формирования приверженности лечению и требует специальных подходов, направленных на изменение базовых убеждений относительно возможности влияния на состояние своего здоровья.

Наименее распространенной (9% респондентов) оказалась инструментальная установка, при которой здоровье рассматривается преимущественно как инструмент социальной адаптации и получения определенных социальных преимуществ. Пациенты данной группы демонстрируют избирательное отношение к лечению, часто ориентируясь на внешние признаки заболевания и социальные последствия болезни. Для них характерна высокая чувствительность к социальному контексту заболевания, включая реакцию окружающих на болезнь и ее последствия. Эта группа может демонстрировать высокую приверженность лечению в случаях, когда заболевание имеет выраженные социальные последствия или когда лечение связано с получением определенных социальных преимуществ.

Исследование выявило значимые гендерные различия в установках: женщины чаще демонстрируют ценностно-ориентированную установку (37,2% против 23,4% у мужчин), в то время как среди мужчин преобладает прагматическая установка (48,3% у мужчин и 37,1% у женщин). Данное различие может быть обусловлено как биологическими факторами (более высокая чувствительность женского организма к различным изменениям), так и социокультурными особенностями (традиционно более высокая ответственность женщин за здоровье семьи, более развитые навыки заботы о здоровье).

Возрастная динамика установок характеризуется увеличением доли ценностно-ориентированной установки с возрастом: от 19,3% в группе 18-30 лет до 46,2% в группе старше 60 лет. Данная тенденция может быть связана с накоплением опыта заболеваний и осознанием ценности здоровья с возрастом, а также с изменением жизненных приоритетов на разных этапах жизненного цикла. В молодом возрасте здоровье часто воспринимается как данность, не требующая особого внимания, в то время как в старшем возрасте оно становится ключевым фактором качества жизни.

Образовательный уровень также оказывает существенное влияние на тип установки: среди респондентов с высшим образованием доля прагматической установки достигает 51,4%, в то время как среди респондентов со средним образованием преобладает фаталистическая установка (35,7%). Данное различие может быть обусловлено более высоким уровнем медицинской грамотности и информированности у лиц с высшим образованием, а также более развитыми навыками критического мышления и анализа информации.

Когнитивный компонент установок пациентов характеризуется различным уровнем информированности о своем заболевании и методах лечения. Высокий уровень информированности отмечен у 37% респондентов, средний – у 42%, низкий – у 21%. При этом выявлена значимая корреляция ( $r=0,68$ ,  $p<0,01$ , коэффициент корреляции Пирсона) между уровнем информированности и типом установки: пациенты с прагматической и ценностно-ориентированной установками демонстрируют более высокий уровень информированности (средний балл 4,2 и 4,0 по 5-балльной шкале соответственно), в то время как пациенты с фаталистической установкой характеризуются наиболее низким уровнем информированности (средний балл 2,7).

Источники получения медицинской информации также различаются в зависимости от типа установки. Пациенты с прагматической установкой чаще обращаются к специализированным медицинским ресурсам в интернете (67,3%) и консультируются с несколькими специалистами (43,8%), пациенты с ценностно-ориентированной установкой преимущественно доверяют информации, полученной от лечащего врача (78,2%), пациенты с фаталистической установкой чаще полагаются на опыт знакомых и родственников (62,5%) и информацию из СМИ (47,9%).

Эмоциональный компонент установок характеризуется различным уровнем тревоги в отношении здоровья. Высокий уровень тревоги отмечен у 24% респондентов, средний – у 47%, низкий – у 29%. Выявлена U-образная зависимость между уровнем тревоги и приверженностью лечению: наиболее высокие показатели приверженности демонстрируют пациенты со средним

уровнем тревоги, в то время как как слишком высокий, так и слишком низкий уровень тревоги связаны с более низкими показателями приверженности.

Мотивационный компонент установок характеризуется преобладанием внешней мотивации (57% респондентов) над внутренней (43%). Внешняя мотивация чаще основывается на страхе осложнений (31%), рекомендациях врача (16%) и социальном давлении (10%). Внутренняя мотивация преимущественно связана с ценностью здоровья (27%) и стремлением к повышению качества жизни (16%). Тип мотивации значимо коррелирует с устойчивостью приверженности лечению: пациенты с внутренней мотивацией демонстрируют более стабильную приверженность в долгосрочной перспективе (коэффициент корреляции  $r=0,67$ ,  $p<0,01$ ).

Анализ поведенческих практик пациентов показал, что наиболее распространенными являются реактивные практики, ориентированные на лечение уже возникших заболеваний (характерны для 67% респондентов). Проактивные практики, направленные на профилактику заболеваний и поддержание здоровья, регулярно реализуют лишь 33% опрошенных пациентов. В таблице 2.3 представлены основные поведенческие практики пациентов в сфере здоровьесбережения (множественный выбор ответа).

Таблица 2.3

Поведенческие практики в сфере здоровьесбережения (в %)

Поведенческая практика	Общая доля респондентов, %	Доля среди мужчин, %	Доля среди женщин, %	Доля в возрасте 18-45 лет, %	Доля в возрасте старше 45 лет, %
1	2	3	4	5	6
Соблюдение режима питания	56,2	47,3	63,7	49,4	64,8
Регулярная физическая активность	42,5	51,6	35,3	58,2	26,7
Отказ от вредных привычек	39,8	33,4	44,9	37,5	42,3
Регулярные профилактические осмотры	31,6	23,8	37,5	24,2	38,9
Самоконтроль физиологическ	27,3	21,5	32,7	19,6	36,4

их параметров					
---------------	--	--	--	--	--

продолжение таблицы 2.3

1	2	3	4	5	6
Прием витаминов и БАДов	24,7	17,2	30,8	27,3	21,9
Использование народных методов профилактики	19,4	14,3	23,6	12,8	26,5
Регулярное закаливание	11,2	16,7	7,4	15,3	7,6
Медитация, психологические практики	8,3	5,2	11,5	13,7	4,3
Обращение к альтернативной медицине	7,6	5,8	9,3	6,4	8,7

Анализ распространенности поведенческих практик в сфере здоровьесбережения показывает, что наиболее популярными среди пациентов являются соблюдение режима питания (56%), регулярная физическая активность (42%) и отказ от вредных привычек (39%). Эти практики можно отнести к базовым компонентам здорового образа жизни, информация о которых широко распространена в обществе. Однако более специализированные практики, требующие дополнительных знаний или усилий, такие как самоконтроль физиологических параметров (27%), регулярные профилактические осмотры (31%) или медитация и психологические практики (8%), распространены значительно меньше.

Выявлены существенные гендерные различия в распространенности различных поведенческих практик. Женщины чаще практикуют соблюдение режима питания (63,7% женщин и 47,3% у мужчин), отказ от вредных привычек (44,9% против 33,4% соответственно), регулярные профилактические осмотры (37,5% против 23,8%), прием витаминов и БАДов (30,8% против 17,2%). Мужчины, в свою очередь, чаще практикуют регулярную физическую активность (51,6% против 35,3% у женщин) и закаливание (16,7% против 7,4%). Эти различия могут быть обусловлены как биологическими факторами, так и социокультурными особенностями, включая гендерные стереотипы и различия в социализации.

Возрастные различия также значимы: молодые пациенты (18-45 лет) чаще практикуют регулярную физическую активность (58,2% против 26,7% в

старшей возрастной группе), медитацию и психологические практики (13,7% против 4,3%), закаливание (15,3% против 7,6%). Пациенты старшей возрастной группы (старше 45 лет) чаще соблюдают режим питания (64,8% против 49,4% в младшей группе), проходят регулярные профилактические осмотры (38,9% против 24,2%), осуществляют самоконтроль физиологических параметров (36,4% против 19,6%), используют народные методы профилактики (26,5% против 12,8%). Эти различия отражают как изменение приоритетов и ценностей с возрастом, так и объективные изменения в состоянии здоровья, требующие более тщательного контроля и профилактики.

Исследование выявило корреляцию между типом установки и характером поведенческих практик: пациенты с ценностно-ориентированной установкой значительно чаще реализуют проактивные практики здоровьесбережения (72% случаев), в то время как пациенты с фаталистической установкой преимущественно ограничиваются реактивными практиками (91% случаев). Пациенты с прагматической установкой демонстрируют избирательный подход к поведенческим практикам, отдавая предпочтение тем, которые, по их мнению, имеют наибольшую эффективность и требуют минимальных затрат времени и усилий.

Важным аспектом установок пациентов является их отношение к медицинским рекомендациям. Полное доверие рекомендациям врача выразили 43% респондентов, избирательное отношение продемонстрировали 39%, а скептическое отношение характерно для 18% опрошенных. При этом выявлена значимая корреляция между уровнем образования и характером отношения к медицинским рекомендациям: пациенты с высшим образованием чаще демонстрируют избирательное отношение (47% против 31% в группе со средним образованием).

Факторы, влияющие на доверие к медицинским рекомендациям, включают: личный опыт взаимодействия с медицинскими работниками (отметили 68% респондентов), репутацию медицинского учреждения (57%), квалификацию врача (54%), согласованность рекомендаций различных специалистов (49%), понятность объяснений врача (43%), доступность информации о заболевании и методах лечения (37%), отзывы других пациентов (29%).

Исследование выявило несколько типичных барьеров, препятствующих следованию медицинским рекомендациям: высокая стоимость лекарств и медицинских услуг (отметили 61% респондентов), сложность схемы лечения (47%), побочные эффекты лекарств (43%), недостаток времени для выполнения рекомендаций (38%), противоречивость рекомендаций разных

специалистов (34%), недостаточное понимание необходимости лечения (27%), отсутствие поддержки со стороны близких (19%).

Отношение пациентов к собственной роли в лечебном процессе также является важным компонентом установок. Активную роль, предполагающую совместное принятие решений с врачом, предпочитают 47,3% респондентов, пассивную роль, при которой все решения принимает врач, – 31,6%, автономную роль, предполагающую самостоятельное принятие решений с учетом рекомендаций врача, – 22,1%. Предпочтение активной роли чаще выражают пациенты с высшим образованием (59,4% против 32,7% в группе со средним образованием) и молодые пациенты (56,8% в группе 18-30 лет против 33,5% в группе старше 60 лет).

Информационные аспекты установок характеризуются разнообразием источников получения медицинской информации. Основным источником для 72% респондентов остаются медицинские работники, 58% используют интернет-ресурсы, 34% обращаются к опыту родственников и знакомых, 29% используют специализированную литературу, 21% получают информацию из СМИ. При этом доверие к различным источникам информации существенно различается: наибольшим доверием пользуются медицинские работники (средний балл 4,3 по 5-балльной шкале), специализированная литература (3,9), наименьшим – СМИ (2,4) и социальные сети (2,2).

Анализ эмоционального компонента установок показал, что 47% пациентов испытывают тревогу в связи с состоянием своего здоровья, 31% демонстрируют спокойное отношение, 14% проявляют оптимизм, а 8% характеризуются пессимистическим настроением. Выявлена корреляция между эмоциональным компонентом установки и приверженностью лечению: пациенты с умеренным уровнем тревоги демонстрируют наиболее высокие показатели приверженности.

Исследование позволило выявить взаимосвязь между установками пациентов и их поведением в ситуации заболевания. Наиболее распространенными стратегиями поведения при появлении симптомов заболевания являются: немедленное обращение к врачу (характерно для 37% респондентов), самолечение с использованием безрецептурных препаратов (29%), выжидательная тактика (21%), обращение за советом к родственникам и знакомым (8%), использование народных средств (5%). Выбор стратегии значимо коррелирует с типом установки: пациенты с ценностно-ориентированной установкой чаще обращаются к врачу (62,3%), пациенты с прагматической установкой чаще практикуют самолечение (41,8%), пациенты с фаталистической установкой чаще выбирают выжидательную тактику (47,5%).

Особый интерес представляет анализ установок пациентов в отношении ответственности за здоровье. На вопрос «Кто, по Вашему мнению, несет основную ответственность за Ваше здоровье?» 53% респондентов указали себя, 27% – медицинских работников, 12% – государство и систему здравоохранения, 8% – затруднились с ответом. При этом выявлена значимая корреляция между восприятием ответственности и типом установки: пациенты с ценностно-ориентированной и прагматической установками чаще признают собственную ответственность за здоровье (78% и 67% соответственно), в то время как пациенты с фаталистической установкой чаще возлагают ответственность на медицинских работников (43%) или государство (21%).

Установки пациентов в отношении профилактики заболеваний также различаются. Высокую значимость профилактических мероприятий отметили 62% респондентов, среднюю – 27%, низкую – 11%. При этом регулярно участвуют в профилактических мероприятиях лишь 31% опрошенных, что указывает на разрыв между декларируемыми установками и реальным поведением.

Исследование показало, что важным фактором, влияющим на установки и поведенческие практики пациентов, является их опыт взаимодействия с системой здравоохранения. Положительный опыт отметили 47% респондентов, нейтральный – 34%, негативный – 19%. Пациенты с положительным опытом демонстрируют более высокий уровень доверия к медицинским рекомендациям (средний балл 4,2 по 5-балльной шкале) и более высокие показатели приверженности лечению (средний балл 3,9). Негативный опыт взаимодействия с системой здравоохранения часто приводит к формированию скептического отношения к медицинским рекомендациям и снижению приверженности лечению (средние баллы 2,3 и 2,1 соответственно).

Особое внимание в исследовании было уделено анализу установок пациентов в отношении лекарственной терапии. Положительное отношение к лекарственной терапии выразили 52% респондентов, нейтральное – 31%, негативное – 17%. При этом 43% опрошенных отметили, что испытывают опасения относительно побочных эффектов лекарств, 37% обеспокоены возможностью привыкания, 29% сомневаются в эффективности назначенных препаратов. Эти опасения могут становиться существенным барьером для приверженности лекарственной терапии и требуют адекватного информирования пациентов о механизмах действия лекарств, их эффективности и безопасности.

Установки пациентов в отношении немедикаментозных методов лечения также неоднородны. Высокую значимость немедикаментозных

методов отметили 58% респондентов, среднюю – 29%, низкую – 13%. При этом регулярно используют немедикаментозные методы лечения 42% опрошенных. Наиболее популярными немедикаментозными методами являются: диетотерапия (применяют 37% респондентов), физические упражнения (34%), физиотерапия (29%), массаж (26%), фитотерапия (21%), психотерапия (12%).

Исследование выявило различия в установках пациентов в зависимости от типа заболевания. Пациенты с хроническими заболеваниями демонстрируют более высокий уровень информированности о своем заболевании (средний балл 3,9 по 5-балльной шкале против 3,2 у пациентов с острыми заболеваниями) и более высокую готовность к долгосрочному следованию медицинским рекомендациям (средний балл 3,7 против 3,1). Это может быть связано с необходимостью адаптации к жизни с хроническим заболеванием и формированием соответствующих поведенческих стратегий.

Анализ установок пациентов в отношении здорового образа жизни показал, что большинство респондентов (73%) признают его значимость для сохранения и укрепления здоровья. Однако регулярно соблюдают принципы здорового образа жизни лишь 29% опрошенных. Основными барьерами для ведения здорового образа жизни являются: недостаток времени (отметили 57% респондентов), отсутствие силы воли (43%), финансовые ограничения (38%), недостаток знаний о принципах здорового образа жизни (27%), отсутствие поддержки со стороны близких (21%).

Рисунок 2.1

Барьеры для ведения здорового образа жизни (%)

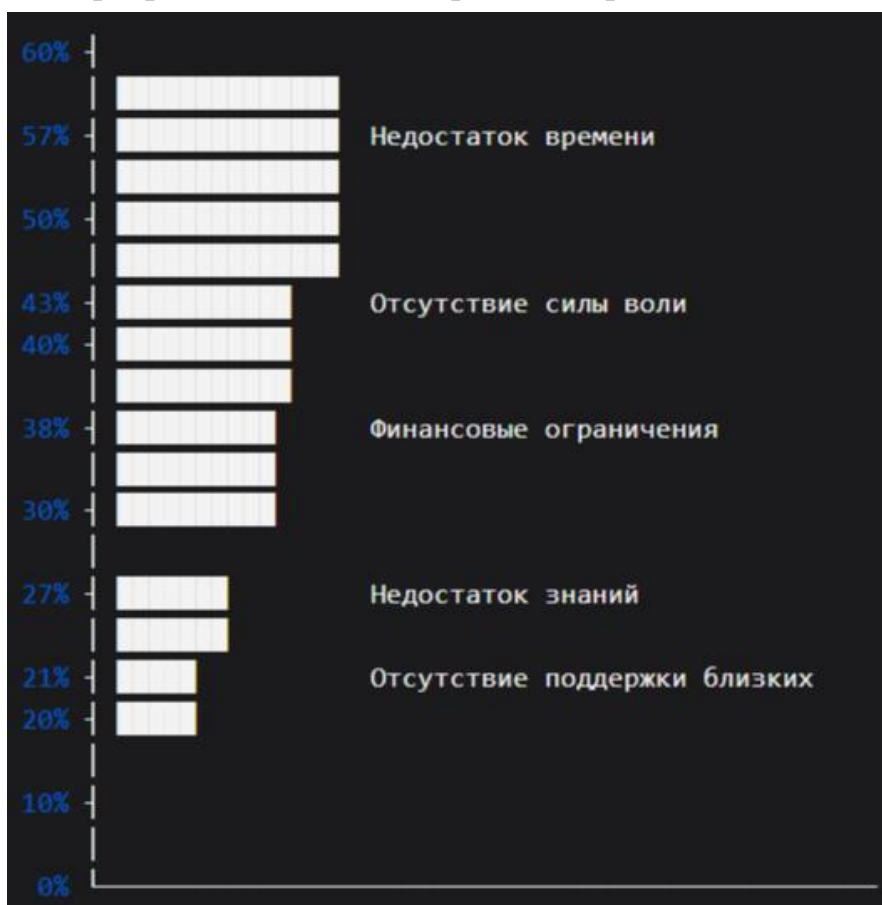
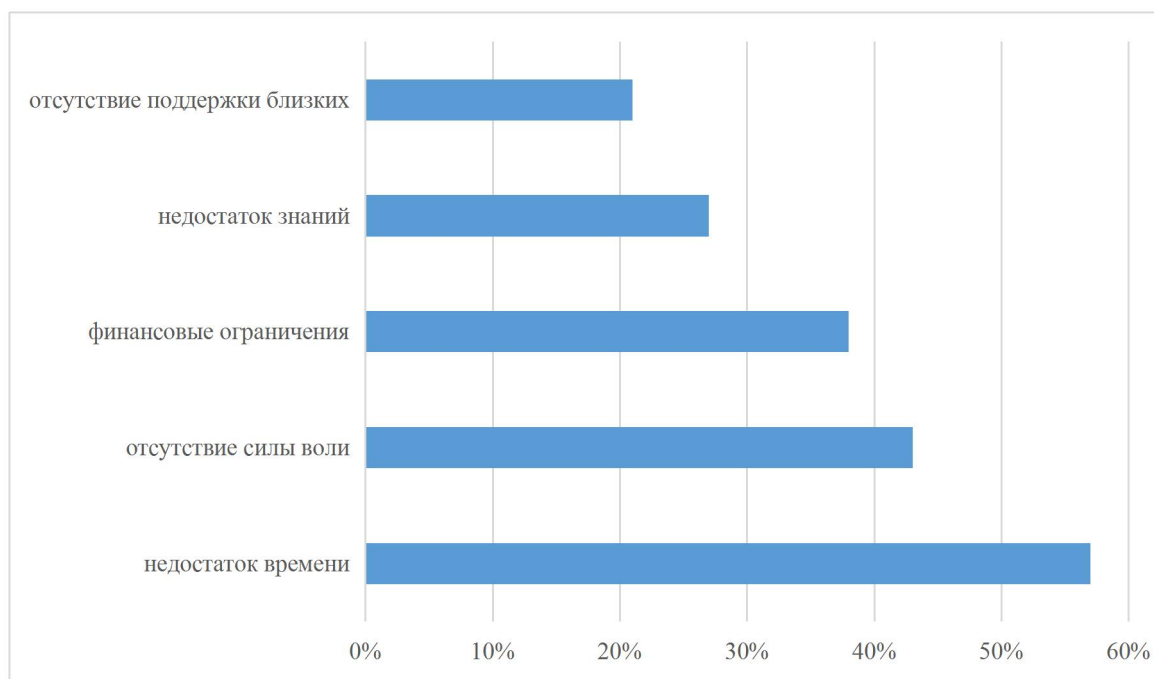


Рисунок 2.2

## Барьеры для ведения ЗОЖ



В ходе исследования были проанализированы установки пациентов в отношении различных аспектов взаимодействия с медицинскими работниками. Наиболее значимыми качествами врача, по мнению пациентов, являются: профессионализм (отметили 87% респондентов), внимательное отношение к пациенту (76%), умение доступно объяснять информацию о заболевании и лечении (68%), честность в отношении прогноза заболевания (59%), готовность отвечать на вопросы пациента (54%), эмпатия (47%).

Важным аспектом установок пациентов является их отношение к участию в принятии решений относительно лечения. Желание активно участвовать в принятии решений выразили 62% респондентов, предпочтение полностью доверить принятие решений врачу – 38%. При этом выявлена значимая корреляция между желанием участвовать в принятии решений и уровнем образования: среди пациентов с высшим образованием доля желающих активно участвовать в принятии решений составляет 78%, среди пациентов со средним образованием – 47%.

Исследование показало, что установки пациентов в отношении здоровья и медицинских рекомендаций формируются под влиянием

множества факторов, включая социально-демографические характеристики, личный опыт взаимодействия с системой здравоохранения, уровень медицинской грамотности, социокультурный контекст. При этом установки не являются статичными и могут изменяться под влиянием новой информации, опыта заболевания, взаимодействия с медицинскими работниками.

Особое внимание в исследовании было уделено анализу влияния социального окружения на установки и поведенческие практики пациентов. Значительное влияние семьи на отношение к здоровью отметили 68% респондентов, влияние друзей и коллег – 42%, влияние СМИ – 37%, влияние социальных сетей – 29%. При этом характер влияния социального окружения может быть как позитивным, способствующим формированию ответственного отношения к здоровью и приверженности лечению, так и негативным, поддерживающим нездоровые поведенческие практики или скептическое отношение к медицинским рекомендациям.

Анализ поведенческих практик пациентов в контексте соблюдения медицинских рекомендаций показал, что полностью соблюдают рекомендации врача 39% респондентов, частично – 47%, практически не соблюдают – 14%. При этом выявлены различия в соблюдении различных типов рекомендаций: рекомендации по приему лекарств соблюдают 76% пациентов, рекомендации по диете – 52%, рекомендации по физической активности – 47%, рекомендации по отказу от вредных привычек – 41%, рекомендации по режиму дня – 38%.

Исследование позволило выявить несколько типичных поведенческих паттернов пациентов в отношении соблюдения медицинских рекомендаций:

1. Дисциплинированный пациент (характерен для 34% респондентов) – строго соблюдает все рекомендации врача, регулярно проходит контрольные обследования, активно интересуется информацией о своем заболевании.

2. Избирательный пациент (41% респондентов) – соблюдает те рекомендации, которые считает наиболее важными или удобными для выполнения, игнорируя остальные.

3. Непостоянный пациент (16% респондентов) – начинает соблюдать рекомендации, но со временем теряет мотивацию и возвращается к прежним поведенческим практикам.

4. Скептический пациент (9% респондентов) – изначально сомневается в эффективности рекомендаций и практически не соблюдает их.

Каждый из этих поведенческих паттернов связан с определенным типом установки в отношении здоровья и требует специфического подхода

со стороны медицинских работников для формирования приверженности лечению.

Важным аспектом установок пациентов является их отношение к информации о заболевании и лечении. Желание получить максимально полную информацию выразили 73% респондентов, предпочтение получить только базовую информацию – 21%, нежелание получать подробную информацию о заболевании – 6%. При этом предпочтительными источниками информации являются: лечащий врач (отметили 87% респондентов), специализированные медицинские сайты (59%), научно-популярная литература по медицине (37%), форумы пациентов с аналогичными заболеваниями (29%).

Исследование выявило различия в информационных потребностях пациентов в зависимости от стадии заболевания. На начальной стадии наиболее востребована информация о симптомах заболевания, его причинах и возможных последствиях. На стадии лечения пациентов интересует информация о методах лечения, их эффективности и побочных эффектах. На стадии реабилитации наиболее востребована информация о восстановлении функций и профилактике рецидивов.

Анализ установок пациентов в отношении современных медицинских технологий показал, что большинство респондентов (68%) положительно относятся к использованию новых технологий в диагностике и лечении. При этом 42% выразили опасения относительно безопасности новых методов лечения, 37% обеспокоены их высокой стоимостью, 29% отметили недостаток информации о новых технологиях.

Особый интерес представляет анализ установок пациентов в отношении телемедицины и дистанционного консультирования. Положительное отношение к телемедицине выразили 54% респондентов, нейтральное – 29%, негативное – 17%. При этом основными преимуществами телемедицины, по мнению пациентов, являются: экономия времени (отметили 67% респондентов), доступность медицинской помощи вне зависимости от местонахождения (59%), возможность получить консультацию узкого специалиста без длительного ожидания (47%). Основными недостатками телемедицины пациенты считают: ограниченные возможности диагностики (отметили 72% респондентов), отсутствие личного контакта с врачом (63%), технические сложности (41%).

Исследование позволило выявить взаимосвязь между установками пациентов и их удовлетворенностью медицинской помощью. Пациенты с ценностно-ориентированной установкой демонстрируют наиболее высокий уровень удовлетворенности (средний балл 4,1 по 5-балльной шкале), пациенты с прагматической установкой – средний уровень

удовлетворенности (3,7), пациенты с фаталистической и инструментальной установками – наиболее низкий уровень удовлетворенности (3,2 и 3,0 соответственно).

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить многомерную структуру установок пациентов в сфере здравоохранения, включающую когнитивные, эмоциональные, мотивационные и поведенческие компоненты. Доминирующими типами установок являются прагматическая и ценностно-ориентированная, при этом наблюдаются значимые различия в зависимости от пола, возраста и уровня образования пациентов. Поведенческие практики характеризуются преобладанием реактивных стратегий над проактивными, что указывает на необходимость развития превентивных подходов в системе здравоохранения.

Установки пациентов в отношении здоровья и медицинских рекомендаций являются важным фактором, определяющим их медицинское поведение и приверженность лечению. Понимание структуры и содержания этих установок позволяет разрабатывать более эффективные стратегии взаимодействия с пациентами, направленные на формирование ответственного отношения к здоровью и повышение приверженности лечению.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к работе с пациентами с различными типами установок. Для пациентов с прагматической установкой важно акцентировать практическую пользу от соблюдения медицинских рекомендаций, для пациентов с ценностно-ориентированной установкой – подчеркивать связь между соблюдением рекомендаций и сохранением здоровья как базовой ценности, для пациентов с фаталистической установкой – работать над изменением базовых убеждений относительно возможности влияния на состояние своего здоровья, для пациентов с инструментальной установкой – акцентировать социальные преимущества сохранения здоровья.

Особое внимание следует уделять информационной работе с пациентами, направленной на повышение их медицинской грамотности и формирование адекватных представлений о заболевании и методах лечения. При этом информирование должно учитывать индивидуальные особенности пациента, его когнитивные возможности, эмоциональное состояние и информационные потребности.

Важным направлением работы с пациентами является формирование внутренней мотивации к сохранению здоровья и следованию медицинским рекомендациям, основанной на осознании ценности здоровья и личной ответственности за его сохранение. Это требует комплексного подхода, включающего образовательные программы, психологическую поддержку,

создание благоприятной социальной среды, поддерживающей здоровый образ жизни.

Результаты исследования могут быть использованы для разработки программ повышения приверженности лечению, формирования ответственного отношения к здоровью, оптимизации взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами. Понимание установок и поведенческих практик пациентов позволяет сделать медицинскую помощь более персонализированной, эффективной и ориентированной на потребности пациента.