

Проблема взаимоотношений врача и ВИЧ-инфицированного пациента¹

Махаматова А.Ф.,

старший лаборант кафедры социальной психологии, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, a.makhamatova@gmail.com

В данной статье представлен анализ зарубежной литературы, рассматривающей взаимоотношения врача и пациента в качестве социально-психологического фактора, который влияет на различные показатели лечения и медицинского ухода при ВИЧ-инфекции. В то время как одни исследователи выявили связь между отношениями «врач–пациент» и пропуском посещений клиники, соблюдением предписаний врача (приверженностью антиретровирусной терапии), использованием диагностических услуг и продолжительностью госпитализаций, другие ученые такой связи не обнаружили. В целом изучение отношений «врач–пациент» сопряжено с рядом методологических сложностей, таких как точность и валидность используемых шкал, что в свою очередь указывает на необходимость дальнейших теоретических и эмпирических исследований в данной области. Статья может представлять интерес как для исследователей в сфере социологии и социальной психологии здоровья, так и для практиков, а также специалистов, разрабатывающих профилактические программы для людей, живущих с ВИЧ.

Ключевые слова: инфекционные заболевания, психология здоровья, поведение в сфере здоровья, приверженность, ВИЧ, ВААРТ, люди, живущие с ВИЧ, отношения «врач–пациент».

Для цитаты:

Махаматова А.Ф. Проблема взаимоотношений врача и ВИЧ-инфицированного пациента [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. С. 23–32. doi: 10.17759/psyclin.2016050202

¹ Работа выполнена при поддержке гранта СПбГУ в рамках научно-исследовательской работы № НИД 8.38.289.2014 «Психологический подход в преодолении негативистических установок отдельных групп населения к мерам профилактики опасных инфекционных заболеваний» (реализуется факультетом психологии СПбГУ, финансируется из средств федерального бюджета, выделенных СПбГУ).

For citation:

Makhamatova, A.F. The Problem of Relationships Between Doctor and HIV-Infected Patient [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 2, pp. 23–32. doi: 10.17759/psycljn.2016050202 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Проблема взаимоотношений врача и ВИЧ-инфицированного пациента на сегодняшний день весьма актуальна и интересует исследователей по многим причинам. Во-первых, «врач–пациент» отношения влияют на такие важные показатели, как: поддержание пациентом приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), то есть соблюдение режима приема препаратов; удовлетворенность медицинскими услугами; удержание больных под наблюдением у специалистов; общие установки больных по отношению к лечению и профилактике и прочие. Во-вторых, отношения врача и пациента – это показатель, поддающийся некоторому контролю. Врача можно обучить строить более эффективные отношения с пациентом, и такое обучение, скорее всего, будет для государства экономически более выгодным, чем отсутствие борьбы с плохим взаимодействием медицинского специалиста и больного.

Количественные исследования взаимоотношений врача и ВИЧ-инфицированного пациента

Анализ литературы показывает, что взаимоотношения врача и пациента имеют разные последствия. Результаты систематического обзора 40 исследований свидетельствуют о том, что одни показатели лечения и ухода (например, количество посещений, бóльший вес ребенка при рождении, частота повышенного давления) улучшаются при наличии позитивных отношений между врачом и пациентом, в то время как другие (например, частота иммунизации, маммографии, скрининга кровяного давления, осложнения при диабете, продолжительность госпитализаций) – ухудшаются или не изменяются [11]. Другой систематический обзор продемонстрировал связь отношений доктора и пациента с удовлетворенностью лечением [10]. Недавнее исследование в Великобритании показало связь качества «врач–пациент» отношений с количеством консультаций с одним и тем же лечащим специалистом [9]. Стоит отметить, что эти исследования проводились среди различных групп населения, в том числе здоровых людей (например, среди беременных женщин), поэтому их выводы не всегда можно экстраполировать на популяцию ВИЧ-инфицированных пациентов.

И все же неоднородность результатов характерна и для исследований приверженности к антиретровирусной терапии, где в расчет принимаются «врач–пациент» отношения. Так, например, четыре исследования различных популяций людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), не выявили статистической связи между оценками отношений медицинского специалиста и пациента и показателями приверженности [2; 3; 4; 13].

Рассмотрим подробнее исследования, в которых такая связь была найдена. В исследовании, охватившем 707 ЛЖВ из 7 различных регионов США, отношения между пациентом и врачом операционализировались как взаимоотношения, предполагающие доступ к медицинскому специалисту, информирование, вовлечение пациента в принятие решений и уход за собой, уважение и поддержку врачом решений пациента и, наконец, помощь в разрешении затруднений больного. Отношения измерялись по разработанной авторами шкале, включающей 13 вопросов с 4-балльной оценкой (1 балл соответствовал согласию с утверждением «всегда», 4 – «никогда»; диапазон возможных значений – от 13 до 52 баллов). Приверженность измерялась с помощью шкалы Д. Мориски (4 вопроса), которая скорее фиксировала причины неприверженности (забывчивость, беспечность, ухудшение или ухудшение физического состояния), чем собственно ее уровень [1].

В исследовании были также использованы шкалы пропуска посещений и следование медицинским предписаниям. Первая шкала состояла из 5 вопросов, фиксировавших пропуск встреч в течение последнего месяца с: 1) терапевтом (или другим «основным» врачом) и 2) врачом-специалистом; а также пропуск 3) рентгена, 4) анализа крови и 5) другого визита, связанного с лечением. Значение шкалы рассчитывалось по следующему правилу: пропуск хотя бы одного из 5 типов визитов относил респондента в категорию пропускающих посещения, тогда как отсутствие пропуска хотя бы одного вида встреч означало соответствие группе не пропускающих визиты к врачам. Следование медицинским предписаниям измерялось пятибалльной шкалой, оценивавшей параметры: 1) имеют ли пациенты трудности в соблюдении предписаний; 2) как точно они следуют рекомендациям врача; 3) насколько важными им кажутся эти рекомендации; 4) что, по их мнению, от них ожидает врач; и 5) что семья/друзья думают о рекомендациях врача [1].

Показатель по шкале Д. Мориски был значимо связан с отношениями с медицинским специалистом ($r = 0,11$, $p = 0,005$): хорошие отношения были связаны с лучшей приверженностью. Большая вовлеченность в отношения с врачом также была связана с более точным следованием медицинским предписаниям ($r = -0,32$, $p = 0,001$). В среднем вовлеченность в отношения с медицинским специалистом была выше в группе пациентов, не пропускающих визиты к врачам ($M = 20,2$, $SD = 8,7$ против $M = 17,9$, $SD = 7,4$; $t = 3,4$, $p = 0,001$) [1].

Другое методически более сложное исследование было проведено в конце 1999 года Джоном Шнейдером и коллегами [12], которые опросили 554 ЛЖВ, получавших уход в Бостоне, США. Большая часть респондентов была опрошена с помощью анкет, высланных по почте, хотя изначально ЛЖВ рекрутировались через медицинских специалистов. Дж. Шнейдер и его соавторы использовали 7 шкал, измерявших различные аспекты отношений врача и пациента, одну из которых разработали самостоятельно – Качество диалога о приверженности. Подавляющее большинство использованных шкал были разработаны для генеральной популяции: Общая коммуникация, Общая удовлетворенность врачом, Желание рекомендовать врача, Участие в принятии решений и Доверие ко врачу. Одна шкала была разработана для пациентов, особо уязвимых для ВИЧ-инфицирования – ВИЧ-специфичная коммуникация, а авторская шкала была направлена на измерение того, как

медицинский специалист разговаривает со своими пациентами по поводу ВААРТ. С помощью этой оригинальной шкалы респонденты оценивали предоставление врачом информации о правильном способе приема антиретровирусных препаратов, понимание и помощь в разрешении проблем, возникающих при приеме ВААРТ.

Чтобы определить уровень приверженности, респондентам предлагалось ответить на 4 вопроса. Первые три вопроса касались частоты изменений в предписанной врачом схеме приема антиретровирусной терапии и прекращения приема одного или более антиретровирусных препаратов из-за побочных эффектов за последние 4 недели. Последний из четырех вопросов использовался с целью определить частоту приема антиретровирусных препаратов за последние 7 дней в точности так, как прописал доктор или медицинская сестра. Варианты ответов на все четыре вопроса представляли собой шкалу Лайкерта. В конечном итоге после преобразований сырых оценок авторы получили величину приверженности от 0 до 100 баллов (100 баллов принимались за идеальную приверженность) [12]. Все шкалы, отражавшие взаимодействие с врачом, кроме шкалы Участие в принятии решений, оказались статистически значимо связаны с самооценкой приверженности (отношение шансов варьировалось от 1,09 до 1,20) [12].

Качественные исследования взаимоотношений врача и ВИЧ-инфицированного пациента

Показатель «врач–пациент» отношений рассматривается не только в количественных, но и в качественных исследованиях.

Так, Дебра А. Мёрфи с коллегами провели два качественных исследования о сложностях в поддержании приверженности к ВААРТ, в которых фигурировали интересующие нас «врач–пациент» отношения.

Одни фокус-группы были проведены авторами среди англоговорящих граждан США [8], а другие – среди испаноговорящих американцев [7]. В обоих исследованиях 4 основные темы поднимались участниками групп: особенности пациентов, отношения между врачом и пациентом, система здравоохранения и режим приема терапии сам по себе [7; 8].

Испаноязычные участники восьми фокус-групп (всего 81 человек, из них 7 качественных интервью не были включены в анализ из-за технических проблем) приглашались через Лос-Анджелесские СПИД-центры и специализированные клиники с помощью листовок и устных приглашений медицинского персонала. В 56 % случаев это были мужчины, средний возраст респондентов составил 40,1 лет (SD = 8,50), среднее время на терапии – 51,97 месяцев (SD = 38,64). Одной из основных проблем испаноговорящих респондентов, разумеется, являлся языковой барьер. Строить «врач–пациент» отношения с помощью переводчика было достаточно сложно. Пациентам не всегда было удобно говорить о каких-то интимных вещах при переводчике, или же они опасались того, что переводчик мог не соблюсти конфиденциальность. Трудным также представлялось поддерживать приверженность в случае получения неполной или искаженной информации о препаратах из-за некачественного перевода. Незнание английского языка вызывало

сложности и во взаимодействии с пунктами выдачи препаратов, которые врачи могли предотвращать, выписывая рецепты и на испанском, и на английском языках [7].

Некоторые респонденты сообщили о том, что чувствуют себя некомфортно, обсуждая приверженность к лечению с медицинским специалистом, и скорее бы солгали им о том, сколько таблеток они не приняли. Если больной переставал принимать антиретровирусный препарат из-за побочных эффектов, а врач позволял себе отругать его за это, то в следующий раз респондент просто лгал врачу, чтобы избежать неприятной ситуации. Пациентов побуждало прерывать терапию и то, что медицинский специалист негативно реагировал (игнорировал или преуменьшал их значимость) на их жалобы о побочных эффектах [7].

С другой стороны, улучшить приверженность респондентам помогали равнодушное отношение врачей и возможность обсудить проблемы, в том числе побочные эффекты в комфортной атмосфере. Одному из пациентов помогла смена режима приема ВААРТ на более простой; другому – заверения о том, что беспокоившие его побочные эффекты будут временными; третьему понадобилось назначение средства, повышающее аппетит; еще одному – всего лишь словесные поощрения врача [7].

Исследование Д.А. Мёрфи и коллег англоязычного населения охватило 39 ЛЖВ (69 % мужского пола) в возрасте от 33 до 54 лет ($M = 40,90$, $SD = 5,50$), принимавших антиретровирусные препараты от 2 месяцев до 12 лет ($M = 4,30$, $SD = 3,30$). Участники четырех фокус-групп набирались через СПИД-центры и рекламу в публикациях по теме ВИЧ/СПИДа [8].

Среди прочих барьеров приверженности участники групп отметили неудовлетворенность медицинскими услугами и качеством общения с врачом. По мнению нескольких респондентов, врачи уделяли им недостаточно времени или проявляли равнодушие, чем вызывали возмущение и отказ от приема лекарств. Не все ЛЖВ покидали кабинет врача с ясным представлением, как принимать препараты и к каким возможным побочным эффектам им стоит подготовиться. Один из участников фокус-групп сообщил, что однажды предписания врача противоречили инструкции, прилагавшейся к лекарству. В то же время некоторые пациенты отмечали, что были изначально вовлечены в процесс выбора схемы терапии или смогли открыто обсудить со своими врачами проблему соблюдения режима приема терапии и перейти на другую комбинацию или форму препаратов, что помогло им в дальнейшем придерживаться предписаний [8].

Другие авторы, С.Е. Малколм с коллегами, провели 44 полуструктурированных качественных интервью. В выборку вошли пациенты, принимавшие терапию не менее трех месяцев. Они приглашались поучаствовать в исследовании врачами трех клиник Род-Айленда. Лица мужского пола составили 64 % выборки, афроамериканцы – 39 % опрошенных. В 41 % случаев респонденты были активными и еще в 41 % случаев – бывшими алко- и/или наркопотребителями. Активными потребителями считались те, кто злоупотреблял наркотическими веществами в

течение последних 6 месяцев, бывшими – те, кто имел опыт злоупотребления, но не в предшествующие полгода [5].

В основу инструментария легла модель убеждений о здоровье (Health Belief Model), которая постулирует положение о том, что поведение в сфере здоровья в основном зависит от желаний избежать заболевания (или поправиться) и от убеждения, что определенные действия предотвратят или облегчат заболевание [5].

На этапе анализа все респонденты были разделены на две группы. К группе с высокой приверженностью (26 респондентов) были отнесены те, кто принимал все антиретровирусные препараты 90–100 % времени. В группу с низкой приверженностью (18 респондентов) вошли те, кто делал это менее 75 % времени. Более приверженная группа респондентов единодушно демонстрировала бóльшую степень уважения и доверия к своим врачам. Они чувствовали себя комфортно, сообщая информацию личного характера, были высокого мнения о своих врачах и доверяли их рекомендациям. Менее приверженная группа пациентов была менее однородной в отношениях с медицинскими специалистами. Некоторые из них подозревали, что врачи скорее действуют исходя из предположения, что было бы лучше для исследования или фармацевтической компании, чем для данного пациента [5].

Заключение

Рассмотренные исследования демонстрируют необходимость в изменении диалога между пациентом и врачом. Очевидно, что «врач–пациент» отношения играют важную роль в поддержании приверженности к лечению, а также влияют на удовлетворенность лечением, частоту пропуска назначенных посещений клиники и диагностических тестов.

Следует учесть, что разнородность результатов исследований, вероятно, связана с проблемой измерения «врач–пациент» отношений и различных показателей, связанных с лечением или поведением пациента в сфере здоровья. Дж. Шнейдер с соавторами не исключают возможность того, что теоретически самоотчет о приверженности и оценка пациентом отношений со врачом могут быть проявлением глобальной установки к медицинской помощи и врачу, а не двумя отдельными величинами [12].

Важность принятия пациентом активной роли в собственном лечении выделяется исследователями в качестве фактора, влияющего на следование рекомендациям врача [6]. Следовательно, стоит не только обучать врача строить более эффективные отношения с больным, но и мотивировать пациента быть более активным, поощрять его стремление участвовать в принятии решения о режиме терапии, побуждать к самостоятельному поиску информации о лечении, если нет возможности повышать его осведомленность в кабинетах инфекциониста и других специалистов. Подобные мотивационные и образовательные задачи могут частично брать на себя социальные работники, психологи, администраторы, равные консультанты и прочие работники клиник и СПИД-сервисных организаций.

Очевидно, что дальнейшие исследования в данной области прольют свет на механизмы «врач–пациент» отношений и помогут выработать подробные рекомендации для медицинских специалистов.

Литература

1. Bakken S., Holzemer W.I., Brown M.-A., Powell-Cope G.M., Turner J.G., Inouye J., Nokes K.M., Corless I.B. Relationships between perception of engagement with health care provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with HIV/AIDS // AIDS Patient Care and STDs. 2000. Vol. 14. Pp. 189–197.
2. Golin C.E., Liu H., Hays R.D., Miller L.G., Beck C.K., Ickovics J., Kaplan A.H., Wenger N.S. A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication // Journal of general internal medicine. 2002. Vol. 10. № 17. Pp. 756–765.
3. Gordillo V., del Amo J., Soriano V., Gonzalez-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy // AIDS. 1999. № 13. Pp. 1763–1769.
4. Holzemer W.L., Corless I.B., Nokes K.M., Turner J.G., Brown M.A., Powell-Cope G.M., Inouye J., Henry S.B., Nicholas P.K., Portillo C.J. Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease // AIDS Patient Care and STDs. 1999. Vol. 13. № 3. Pp. 185–197.
5. Malcolm S.E., Ng J.J., Rosen R.K., Stone V.E. An examination of HIV/AIDS patients who have excellent adherence to HAART // AIDS Care. 2003. № 15. Pp. 251–261.
6. Mills E., Nachega J., Bangsberg D., Singh S., Rachlis B., Wu P., Wilson K., Buchan I., Gill C., Cooper C. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators // PLoS Med. 2006. Vol. 11. № 3. Pp. 2039–2064.
7. Murphy D.A., Roberts K.J., Hoffman D., Molina A., Lu M.C. Barriers and successful strategies to antiretroviral adherence among HIV-infected monolingual Spanish-speaking patients // AIDS care. 2003. Vol. 15. № 2. P. 217–230.
8. Murphy D.A., Roberts K.J., Martin D.J., Marelich W., Hoffman D. Barriers to Antiretroviral Adherence among HIV-Infected Adults // AIDS patient care and STDs. 2000. Vol. 14. № 1. Pp. 47–58.
9. Ridd M.J., Lewis G., Peters T.J., Salisbury C. Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation // Annals of family medicine. 2011. № 9. Pp. 538–545.
10. Saultz J.W., Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review // Annals of family medicine. 2004. № 2. Pp. 445–451.

11. *Saultz J.W., Lochner J.* Interpersonal Continuity of Care and Care Outcomes: A Critical Review // *Annals of family medicine*. 2005. № 3. Pp. 159–166.

12. *Schneider J., Kaplan S.H., Greenfield S, Li W., Wilson I.B.* Better Physician-Patient Relationships Are Associated with Higher Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection // *Journal of general internal medicine*. 2004. № 19. Pp. 1096–1103.

13. *Vincke J., Bolton R.* Therapy adherence and highly active antiretroviral therapy: comparison of three sources of information // *AIDS Patient Care and STDs*. 2002. № 16. Pp. 487–495.

The Problem of Relationships between Doctor and HIV-Infected Patient

Makhamatova, A.F.,

*senior laboratory assistant, Social Psychology Department, Saint Petersburg State University,
St. Petersburg, Russia, a.makhamatova@gmail.com*

This paper presents the foreign literature review on the relationships between doctor and patient as a psycho-social factor affecting the various HIV treatment and care outcomes. While some researchers have found an association between the "patient-provider" relationships and missed clinic visits, following the medical advice (adherence to highly active antiretroviral therapy), some diagnostic services' utilization and the length of hospitalizations, the other researchers did not find such evidences. In general, "patient-provider" relationships research involves methodological difficulties, such as the accuracy and validity of the scales used; it indicates the need for further theoretical and empirical research in this field. The article may be of interest to researchers in the fields of sociology and social psychology of health, practitioners and also specialists developing prevention programs for people living with HIV.

Keywords: infectious diseases, psychology of health, health behavior, compliance, adherence, HIV, HAART, people living with HIV, physician-patient relationship.

References

1. Bakken, S., Holzemer, W.I., Brown, M.-A., Powell-Cope, G.M., Turner, J.G., Inouye, J., Nokes, K.M., Corless, I.B. Relationships between Perception of Engagement with Health Care Provider and Demographic Characteristics, Health Status, and Adherence to Therapeutic Regimen in Persons With HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*, 2000, vol. 14, pp. 189–197.
2. Golin, C.E., Liu, H., Hays, R.D., Miller, L.G., Beck, C.K., Ickovics, J., Kaplan, A.H., Wenger, N.S. A Prospective Study of Predictors of Adherence to Combination Antiretroviral Medication. *Journal of General Internal Medicine*, 2002, vol. 10, no. 17, pp. 756–765.
3. Gordillo, V., del Amo, J., Soriano, V., Gonzalez-Lahoz, J. Sociodemographic and Psychological Variables Influencing Adherence to Antiretroviral Therapy. *AIDS*, 1999, no. 13, pp. 1763–1769.
4. Holzemer, W.L., Corless, I.B., Nokes, K.M., Turner, J.G., Brown, M.A., Powell-Cope, G.M., Inouye, J., Henry, S.B., Nicholas, P.K., Portillo, C.J. Predictors of Self-Reported

Adherence in Persons Living with HIV Disease. *AIDS Patient Care and STDs*, 1999, vol. 13, no. 3, pp. 185–197.

5. Malcolm, S.E., Ng, J.J., Rosen, R.K., Stone, V.E. An Examination of HIV/AIDS Patients Who Have Excellent Adherence to HAART. *AIDS Care*, 2003, no. 15, pp. 251–261.

6. Mills, E., Nachega, J., Bangsberg, D., Singh, S., Rachlis, B., Wu, P., Wilson, K., Buchan, I., Gill, C., Cooper, C. Adherence to HAART: a Systematic Review of Developed and Developing Nation Patient Reported Barriers and Facilitators. *PLoS Med*, 2006, vol. 11, no. 3, pp. 2039–2064.

7. Murphy, D.A., Roberts, K.J., Hoffman, D., Molina, A., Lu, M.C. Barriers and Successful Strategies to Antiretroviral Adherence Among HIV-Infected Monolingual Spanish-Speaking Patients. *AIDS care*, 2003, vol. 15, no 2, pp. 217–230.

8. Murphy, D.A., Roberts, K.J., Martin, D.J., Marelich, W., Hoffman, D. Barriers to Antiretroviral Adherence among HIV-Infected Adults. *AIDS Patient Care and STDs*, 2000, vol. 14, no. 1, pp. 47–58.

9. Ridd, M.J., Lewis, G., Peters, T.J., Salisbury, C. Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation. *Annals of Family Medicine*, 2011, no. 9, pp. 538–545.

10. Saultz, J.W., Albedaiwi, W. Interpersonal Continuity of Care and Patient Satisfaction: A Critical Review. *Annals of Family Medicine*, 2004, no. 2, pp. 445–451.

11. Saultz, J.W., Lochner, J. Interpersonal Continuity of Care and Care Outcomes: A Critical Review. *Annals of Family Medicine*, 2005, no. 3, pp. 159–166.

12. Schneider, J., Kaplan, S.H., Greenfield, S, Li, W., Wilson, I.B. Better Physician-Patient Relationships Are Associated with Higher Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection. *Journal of General Internal Medicine*, 2004, no. 19, pp. 1096–1103.

13. Vincke, J., Bolton, R. Therapy Adherence and Highly Active Antiretroviral Therapy: Comparison of Three Sources of Information. *AIDS Patient Care and STDs*, 2002, no. 16, pp. 487–495.