

Д.В. Зайцева, Г.Л. Исурина

АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9–11)

Актуальность. Проблема приверженности терапии в клинике мочекаменной болезни на сегодняшний день остается недостаточно изученной. Несмотря на развитие новых методов терапии и профилактики, заболеваемость продолжает возрастать не только в России, но и в других странах. Проблема повторного камнеобразования также является важным аспектом: около 10 % пациентов имеют многократное рецидивирование, а 50 % сталкиваются с повторным камнеобразованием хотя бы один раз в течение жизни. Показано, что следование даже самым простым мерам профилактики заболевания снижает частоту рецидивирования до 12 %, но, согласно исследованиям, данной рекомендации следует менее 50 % пациентов.

Цель – изучение социально-демографических и клинических факторов, влияющих на формирование степени приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью.

Методология. Обследовано 72 пациента, находящихся на этапе стационарного лечения в клинике урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, мужчин было 29, женщин – 43. В возраст больных составил от 40 до 78 лет, в среднем – 50 лет. Для анализа социально-демографических и клинических характеристик пациентов, степени информированности о заболевании и приверженности терапии разработаны специальные анкеты. Использовали также опросник «Уровень комплаенса» Р.В. Кадырова.

Результаты и их анализ. Оценка степени приверженности терапии показала, что на стационарном этапе терапии пациенты имеют высокую и среднюю степени приверженности терапии. Сопоставление самоотчетов пациентов с оценкой приверженности терапии врачами показало, что врачи чаще дают более высокие оценки, чем сами пациенты.

Заключение. Полученные данные целесообразно использовать при разработке методов, направленных на повышение степени приверженности терапии для пациентов с мочекаменной болезнью, а также методических рекомендаций для врачей.

Ключевые слова: клиническая психология, психологическая диагностика, приверженность терапии, комплаенс, комплаентность, образ жизни, мочекаменная болезнь, уролитиаз.

Введение

Проблема приверженности терапии в современной медицине занимает одно из важнейших мест, так как оказывает существенное влияние на исход проводимого лечения.

Смене парадигм в понимании взаимоотношений врача и пациента способствовало развитие новых концепций здоровья. Так, с развитием биопсихосоциальной модели вовлеченности пациента в процесс терапии

✉ Зайцева Дарья Викторовна – клинич. психолог, аспирант фак-та психологии каф. мед. психологии и психофизиологии, Санкт-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9–11), e-mail: dashazaitseva.psy@gmail.com;

Исурина Галина Львовна – канд. психол. наук, проф. каф. мед. психологии и психофизиологии, Санкт-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9–11), e-mail: gisurina@yandex.ru

стала отводиться большая роль, в сравнении, например, с традиционной медицинской моделью, где врач, как правило, занимал позицию «над», полностью руководя всей терапией. Таким образом, процесс терапии на сегодняшний день представляется сложным и многокомпонентным процессом, который включает в себя не только физиологические и биологические, но и психологические и социальные аспекты [5, 6].

Исследования, проведенные в соматической медицине, указывают на то, что особенности личности пациента, тип его отношения к болезни, степень доверия специалисту и ряд других факторов способны оказать значительное влияние на весь процесс терапии и в значительной мере изменить результаты лечения [10, 11].

В клинике урологии также проводятся исследования, направленные на изучение личностных особенностей пациентов данной нозологической группы, их качества жизни. Однако проблема приверженности терапии в данной группе по-прежнему остается недостаточно изученной.

Мочекаменная болезнь, или уролитиаз, на сегодняшний день считается одной из самых распространенных в клинике урологии. Несмотря на появление новых методов лечения и профилактики, заболеваемость уролитиазом в нашей стране продолжает возрастать с 2002 г. [1, 4]. Необходимо отметить и высокую частоту рецидивирования заболевания. Согласно проведенным исследованиям, около 50 % пациентов имеют хотя бы один случай рецидива, а у 10 % пациентов отмечается многократное рецидивирование [8]. На повторное образование камней влияет ряд факторов, таких как химический состав конкремента, тяжесть заболевания, следование послеоперационным рекомендациям врача. При этом показано, что следование самым простым предписаниям врача способно значительно снизить риск рецидива. Так, потребление жидкости для достижения суточного объема мочи не менее 2,5 л снижает частоту рецидива мочекаменной болезни с 27 до 12 % [7], но, по имеющимся данным, этой рекомендации следует менее

50 % пациентов [2, 12]. Настоящее исследование нацелено на получение предварительных данных и является продолжением серии работ авторов по изучению психологических факторов приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью [3]

Цель – изучение социально-демографических и клинических факторов, влияющих на формирование степени приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью.

Материал и методы

Обследовали 72 пациента, находящихся на этапе стационарного лечения в клинике урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, мужчин было 29, женщин – 43. В возраст больных составил от 40 до 78 лет, средний возраст $50 \pm 7,2$ года. Критерии включения в исследование: локализация конкремента в почке (N20.0 по МКБ-10), возраст более 40 лет, наличие повторных госпитализаций. Критерии исключения: расположение камня в мочеточнике, мочевом пузыре или уретре (N20.1, N21.0, N21.1 и N21.8 по МКБ-10), возраст 40 лет и менее, отсутствие повторных госпитализаций

Методы исследования. В соответствии целью исследования использовался комплекс методов клинической и психологической диагностики. Клинико-психологическая часть включала беседу с пациентом, в ходе которой получали информированное согласие на участие в обследовании. Для изучения демографических и клинических характеристик пациентов, оценки информированности пациента о заболевании, проводимых методах терапии, реабилитации и профилактических мерах, экспертной оценки специалиста (лечащего врача) по поводу осведомленности пациента о методах терапии и степени его приверженности терапии составили специальные анкеты.

Использовали также опросник «Уровень комплаенса», разработанный Р.В. Кадыровым, О.Б. Асриян и С.А. Ковальчуком в Тихоокеанском государственном медицинском

университете. При помощи методики выявляли социальную, эмоциональную и поведенческую комплаентность. Социальная комплаентность – это стремление следовать и соответствовать данным врачом предписаниям с ориентацией на социальное поощрение. Эмоциональная комплаентность – следование назначениям врача в силу повышенных впечатлительности и чувствительности пациента. Поведенческая комплаентность – соблюдение предписаний врача как следствие стремления преодолеть заболевание, которое воспринимается как препятствие. Каждое утверждение пациенту необходимо оценить применительно к своему поведению как «всегда» (2 балла), «иногда» (1 балл), «никогда» (0 баллов). Затем подсчитывается сумма по каждому из параметров комплаентности.

Статистический анализ проводился при помощи методик описательной статистики и сравнительного анализа с использованием U-критерия Манна – Уитни, таблиц сопряженности. Для расчетов применялся пакет программного обеспечения «SPSS 19.0». Статистическая достоверность – при $p \leq 0,05$.

Результаты и их анализ

С помощью методики «Уровень комплаенса» пациентов разделили на две группы:

1-я ($n = 41$, или 56,9 %) – пациенты с высокой степенью приверженности терапии, средний балл – $90,3 \pm 8,2$;

2-я ($n = 31$, или 43,1 %) – пациенты со средней степенью приверженности терапии, средний балл – $70,8 \pm 7,8$.

Пациентов с низкой степенью приверженности терапии при проведении данного исследования выявлено не было.

Показатели «Социальная комплаентность» в 1-й группе составили ($50,9 \pm 4,2$) балла, во 2-й – ($17,5 \pm 2,5$) балла, «Поведенческая комплаентность» – ($50,3 \pm 5,6$) и ($18,3 \pm 2,8$) балла соответственно, «Эмоциональная приверженность» – ($48,3 \pm 4,9$) и ($46,6 \pm 3,4$) балла соответственно. При помощи U-критерий Манна – Уитни получены статистически достоверные различия между

группами по показателям «Социальная комплаентность» ($p < 0,001$) и «Поведенческая комплаентность» ($p < 0,001$). Оказалось, что для пациентов 1-й группы характерно преобладание социальных и поведенческих аспектов в рамках приверженности терапии. Значимых различий по параметру «Эмоциональная приверженность» в группах не было.

Для экспертной оценки степени приверженности терапии использовалась специально разработанная анкета для лечащих врачей, вопросы которой пересекались с вопросами в анкете пациента. Оказалось, что совпадения ответов пациентов и врачей по осведомленности о заболевании были в 40 случаях (56 %), по выполнению анализа камня – 51 (71 %), соблюдению назначенной диеты – 25 (35 %) и питьевого режима – 26 (36 %) соответственно. Схожие оценки пациентов и врачей были получены по осведомленности о заболевании и результатам анализа камня.

Для сравнения оценок по степени приверженности терапии врачами и пациентами использовались данные анкет, заполняемые врачом для каждого пациента, где врачу необходимо было оценить степени приверженности терапии как высокую, среднюю или низкую; результаты анкет в дальнейшем сравнивались с результатами методики «Уровень комплаенса».

К 1-й группе, по мнению врачей, были отнесены 55 пациентов (76 %), по мнению пациентов – 41 (57 %), ко 2-й – 17 (24 %) и 31 (43 %) соответственно. По результатам оценки врачей также не было выявлено пациентов с низким уровнем приверженности терапии. Отмечается, что оценка степени приверженности терапии лечащими врачами значительно выше, чем самооценка пациентов.

Сравнительный анализ демографических и клинических характеристик пациентов с высоким и средним уровнем приверженности терапии. Распределение пациентов по полу и возрасту в группах с высокой и средней степенью приверженности терапии следующее:

1-я группа: мужчин – 15 (36%), женщин – 26 (64%);

2-я группа: мужчин – 14 (45%), женщин – 17 (55%).

Полученные результаты согласуются с данными других работ, направленных на исследование степени приверженности терапии, которые указывают, что женщины чаще более привержены терапии, чем мужчины [9, 13].

Основные клинические характеристики обследованных пациентов представлены в таблице. Оказалось, что в двух группах были получены достаточно сходные показатели по длительности заболевания, восприятия отношений пациентов с лечащим врачом.

Самый большой процент в обеих группах приходится на одну–две госпитализации, в 1-й группе таких пациентов было 28 (68%), во 2-й – 14 (46%). Уместно указать, что у пациентов в 1-й группе не было более 5 госпитализаций, а во 2-й таких оказалось 2 (6%) (см. таблицу).

Изучение отношения к лечению выявило, что пациенты в 1-й группе чаще выполняли рекомендации врача, чем во 2-й – 34 (83%) и 18 (58%) соответственно. По данным самоотчетов осведомленность пациентов о клинко-функциональных особенностях мочекаменной болезни в 1-й группе была лучше, чем во 2-й – 17 (41%) и 9 (29%) соответственно (см. таблицу).

Интересно отметить, что вопрос о прогнозе заболевания в целом для пациентов 1-й группы оказался более понятен, чем для пациентов 2-й группы – 17 (66%) и 15 (48%) соответственно. Понимали необходимость проведения операции и не испытывали значительную тревогу в 1-й группе 29 пациентов (71%), во 2-й – 15 (48%) (см. таблицу).

Для анализа информированности пациентов о мочекаменной болезни, установок на лечение, а также сформированности поведенческих паттернов была разработана анкета, вопросы которой были разделены на три блока: знания, установки, поведение. Для обработки полученных данных использовался метод таблиц сопряженности. Анализ показал, что в 1-й группе наблюдается большая

сформированность установок к выполнению назначений врача, чем во 2-й ($p < 0,001$).

Обсуждение. Оказалось, что среди обследованных пациентов с мочекаменной болезнью наблюдаются высокий и средний уровни приверженности терапии. Было выявлено, что в группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии достоверно преобладают такие виды комплаентности, как социальная и поведенческая. Социальная комплаентность показывает стремление пациента выстраивать доверительные взаимоотношения с лечащим врачом, доверять мнению врача, обсуждать с ним возникающее беспокойство и тревожные переживания, также сюда относится стремление пациента представить себя в лучшем свете при взаимодействии с врачом, вследствие чего пациенты стремятся беспрекословно выполнять рекомендации по лечению и другие назначения. Поведенческая комплаентность отражает стремление точно соблюдать назначенную терапию и рекомендации врача в целом, врач воспринимается как «коллега», совместная работа с которым принесет положительные результаты. Интересно отметить, что в группе пациентов со средней степенью приверженности терапии данный показатель является самым низким, что отражает склонность к непостоянству, подверженность влиянию внешних обстоятельств, отсутствие достаточного количества усилий для выполнения врачебных назначений, неорганизованность, что очевидно отрицательно влияет на процесс терапии и последующую реабилитацию.

Анализ социально-демографических характеристик показал схожие данные в обеих группах: преобладающая часть пациентов состоит в браке, проживают в собственной семье в городе. Примечательно, что пациенты в группе с высокой приверженностью лучше информированы о заболевании, им более понятен прогноз и исход заболевания, что, вероятно, способствует регулярному выполнению врачебных назначений. В сфере социальных взаимоотношений высокоприверженные пациенты более активны, они чаще имеют поддержку со стороны близких и друзей.

Распределение пациентов по клиническим характеристикам в группах с высокой и средней степенью приверженности терапии, n (%)

Показатель	Группа		
	1-я	2-я	общая
Осведомленность о клинико-функциональных особенностях болезни:			
четкое представление	17 (41)	9 (29)	26 (36)
общее представление	22 (54)	20 (65)	42 (58)
не осведомлен	2 (5)	2 (6)	4 (6)
Осведомленность о предстоящей операции, ее возможных последствиях:			
четкое представление	12 (29)	7 (23)	19 (26)
общее представление	27 (66)	22 (71)	49 (68)
не осведомлен	2 (5)	2 (6)	4 (6)
Прогноз заболевания:			
понятен	27 (66)	15 (48)	42 (58)
непонятен	14 (34)	16 (52)	30 (42)
Отношение к операции:			
понимаю ее необходимость и не испытываю значительную тревогу	29 (71)	15 (48)	44 (61)
понимаю ее необходимость, но испытываю достаточно сильную тревогу	12 (29)	16 (52)	28 (39)
сомневаюсь в необходимости	0	0	0
Отношение к лечению:			
регулярно выполняю рекомендации врача	34 (83)	18 (58)	52 (72)
нерегулярно выполняю рекомендации врача	7 (17)	12 (39)	19 (26)
не выполняю рекомендации врача	0	1 (3)	1 (2)
Осведомленность ближайшего социального окружения о заболевании:			
четкое представление	13 (32)	5 (16)	18 (25)
общие сведения	26 (65)	25 (18)	51 (71)
не осведомлены	2 (5)	1 (3)	3 (4)
Наличие поддержки со стороны ближайшего социального окружения:			
есть	38 (93)	24 (77)	62 (68)
нет	3 (7)	7 (23)	10 (14)
Взаимоотношения с лечащим врачом:			
доброжелательные, доверительные	25 (61)	20 (65)	45 (62)
нейтральные	16 (39)	11 (35)	27 (38)
отчужденные	0	0	0
открыто конфликтные	0	0	0
Ограничения, связанные с имеющимся заболеванием:			
большое количество ограничений (инвалидность, строгая диета, прием лекарств, ограничение физических и эмоциональных нагрузок и пр.)	3 (7)	0	3 (4)
среднее (временная нетрудоспособность, диета, прием лекарств и пр.)	17 (42)	14 (45)	31 (43)
минимальное количество ограничений	21 (51)	17 (55)	38 (53)
Длительность заболевания:			
менее 1 года	8 (20)	4 (13)	12 (17)
1–3 года	5 (12)	5 (16)	10 (14)
3–6 лет	9 (22)	9 (29)	18 (25)
более 6 лет	19 (46)	13 (42)	32 (44)
Частота госпитализаций в связи с заболеванием (за последний год):			
нет	6 (15)	11 (35)	17 (24)
1–2	28 (68)	14 (46)	42 (58)
3–5	7 (17)	4 (13)	11 (15)
более 5	0	2 (6)	2 (3)

Результаты анкеты для выявления уровня информированности о заболевании, установок и поведения отражают тенденцию, согласно которой пациенты в группе с высокой степенью приверженности терапии имеют более сформировавшиеся установки на выполнение рекомендаций врача, чем пациенты в группе со средней степенью приверженности. Полученные результаты согласуются с данными самоотчета пациентов об осведомленности о заболевании и степени их приверженности, а также с результатами методики исследования уровня комплаенса, согласно которой у пациентов с высокой приверженностью преобладают поведенческая и социальная приверженность. Так, в разделе об отношении к лечению 83 % пациентов в группе с высокой приверженностью сообщили о том, что регулярно выполняют назначения врача, в то время как в группе со средней приверженностью – 58 % (см. таблицу).

Интересно отметить тот факт, что анализ экспертной оценки степени приверженности терапии показал, что лечащие врачи чаще оценивают степень приверженности выше, чем сами пациенты, в частности по тем показателям, которые сложнее отследить в ходе терапии, например соблюдение питьевого режима и низкобелковой диеты. При этом по показателю информированности о заболевании отмечается большее количество совпадений в оценке врачей и пациентов, что может быть объяснено тем, что в процессе беседы у врача имеется возможность оценить, насколько точно пациент понимает полученную информацию о течении заболевания и методах терапии.

Заключение

Резюмируя, можно заключить, что пациенты с высокой степенью приверженности терапии более осведомлены о заболевании в целом, методах проводимой терапии, в частности хирургического вмешательства, им более понятен прогноз заболевания, что снижает уровень тревоги у пациентов этой группы. Сходная тенденция отмечается и в отношении осведомленности ближайшего окружения пациента о заболевании. Так, в группе пациентов с высокой приверженностью терапии их родственники имеют более четкое представление о заболевании, чем в группе пациентов со средней приверженностью. Пациенты из группы с высокой приверженностью терапии имеют больше поддержки со стороны близких, они более социально активны, кроме того, им удастся выстраивать более доверительные взаимоотношения с лечащим врачом.

Сравнительный анализ экспертной оценки врача и пациента показал, что врачи чаще оценивают степень приверженности терапии выше, чем сами пациенты. Это может быть объяснено тем, что оценка ряда показателей затруднена в силу невозможности получения объективных данных в вопросах модификации образа жизни, в частности соблюдения низкобелковой диеты и питьевого режима.

Полученные результаты могут быть использованы для разработки не только психокоррекционных программ для пациентов с низкой степенью приверженности терапии, но и методических руководств для специалистов, в частности лечащих врачей, работающих с данной группой пациентов.

Литература

1. Аполихин О.И., Сивков А.В., Солнцева Т.В. [и др.]. Заболеваемость мочекаменной болезнью в Российской Федерации 2005–2016 годы // Эксперим. и клинич. урология. 2018. № 4. С. 4–14.
2. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности. СПб.: Скифия-принт, 2014. 408 с.
3. Гаджиев Н.К., Васильева А.В., Зайцева Д.В. [и др.]. Применение краткосрочного психотерапевтического вмешательства для улучшения приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью // Вестн. урологии. 2020. Т. 8, № 3. С. 120–133. DOI: 10.21886/2308-6424-2020-8-3-120-133.
4. Геворкян А.Р. Анализ урологической заболеваемости взрослого населения г. Москвы за 2006–2015 гг. // Медицина в Кузбассе. 2017. Т. 16, № 2. С. 49–54.
5. Кондратьев Г.В., Юдин С.А., Вершинин Е.Г. [и др.]. Биопсихосоциальный подход в медицине: теория и практика реализации // Успехи современ. естествознания. 2014. № 9. С. 14–16.

6. Лехциер В.Л. Семиозис болезни: дихотомия культурологизма и персонализма (преодолевая стереотипы биомедицины) // Вестн. Самарской гуманит. акад. Сер. Философия. Филология. 2009. № 2 (6). С. 85–111.
7. Петров В. И., Разваляева А. В., Некрасова Е. Е., Малюжинская Н. В. Оценка качества жизни пациентов, страдающих хронической идиопатической крапивницей // Вестник ВолГМУ. 2010. № 4 (36). С. 38–40.
8. Türk C., Knoll T., Petrik A. [et al.]. Guidelines on Urolithiasis. European Association of Urology 2015. 97 p.
9. Babwah F., Baksh S., Blake L. [et al.]. The role of gender in compliance and attendance at an outpatient clinic for type 2 diabetes mellitus in Trinidad // Pan American J. of Public Health. 2006. Vol. 19, N 2. P. 79–84. DOI: 10.1590/s1020-49892006000200002.
10. Gonzalez J., Tanenbaum M., Commissariat P. Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice // American Psychologist J. 2016. Vol. 71, N 7. P. 539–551. DOI: 10.1037/a0040388.
11. Jin J., Sklar G.E., Min Sen Oh V. [et al.]. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective // Therapeutics and Clinical Risk Management. 2008. Vol. 4, N 1. P. 269–286. DOI: 10.2147/term.s1458.
12. Khambati A., Matulewicz R.S., Perru K.T. [et al.]. Factors Associated with Compliance to Increased Fluid Intake and Urine Volume Following Dietary Counseling in First-Time Kidney Stone Patients // Journal of Endourology. 2017. Vol. 31. N 6. P. 605–610. DOI: 10.1089/end.2016.0836.
13. Manteuffel M., Williams S., Chen W. [et al.]. Influence of patient sex and gender on medication use, adherence, and prescribing alignment with guidelines // J. of Women's Health. 2014. Vol. 23, N 2. P. 112–119. DOI: 10.1089/jwh.2012.3972.

Поступила 22.09.2022 г.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Участие авторов: Г.Л. Исурина — планирование и обобщение полученных результатов, редактирование окончательного варианта статьи; Д.В. Зайцева — сбор эмпирического материала, статистическая обработка данных, подготовка первого варианта статьи.

Для цитирования. Зайцева Д.В., Исурина Г.Л. Анализ степени приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью на этапе стационарного лечения // Вестник психотерапии. 2022. № 83. С. 40–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-40-48

D.V. Zaitseva, G.L. Isurina

Analysis of the degree of adherence to therapy in patients with urolithiasis at the stage of in-hospital treatment

Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Embankment, St Petersburg, 199034, Russia)

✉ Daria Victorovna Zaitseva — Clinical psychologist, PhD Student, Faculty of psychology, Department of Clinical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Embankment, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: dashazaitseva.psy@gmail.com

Galina Lvovna Isurina — PhD Psychol. Sci. Prof., Department of Clinical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Embankment, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: gisurina@yandex.ru

Abstract

Relevance. The problem of adherence to therapy in the clinic of urolithiasis remains insufficiently studied today. Despite the development of new methods of therapy and prevention, the incidence continues to increase not only in Russia, but also in other countries. The problem of re-stone

formation is also an important aspect: about 10 % of patients have multiple recurrences, and 50 % of them experience re-stone formation at least once in their lifetime. However, the simplest preventive measures were shown to reduce the recurrence rate to 12 %, but according to studies, less than 50 % of patients follow these recommendations.

Intention of the study is to explore the socio-demographic and clinical factors that influence the formation of the degree of adherence to therapy in patients with urolithiasis.

Methodology. There were studied 72 patients at the stage of stationary treatment in the clinic of urology of the First St. Petersburg State Medical University n.a. I.P. Pavlov. The sample included 29 male and 43 female patients, aged 40 to 78 years, with average age of 50 years. To analyze the socio-demographic and clinical characteristics of patients, the degree of awareness of the disease, special questionnaires were developed; the questionnaire was also developed to obtain an expert assessment of the degree of adherence to therapy. The questionnaire “Level of compliance” by R.V. Kadyrov was also used.

Results and Discussion. The assessment of the degree of adherence to therapy showed that at the stationary stage of therapy, patients have a high and moderate degree of adherence to therapy. Comparison of self-reports of patients with the assessment of adherence to therapy by doctors showed that doctors often give higher ratings than patients themselves.

Conclusion. The obtained data should be used in the development of methods aimed at increasing the degree of adherence to therapy for patients with urolithiasis, as well as guidelines for physicians.

Keywords: clinical psychology, psychological diagnosis, adherence to therapy, compliance, lifestyle, urolithiasis.

References

1. Apolikhin O.I., Sivkov A.V., Solntseva T.V. [et al.]. Zabolevaemost' mochekamennoi bolezni v Rossiiskoi Federatsii 2005–2016 gody [Incidence of urolithiasis in the Russian Federation (2005-2016)]. *Ekspperimental'naya i klinicheskaya urologiya* [Experimental & clinical urology]. 2018; (4):4–14. (In Russ.)
2. Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. Psikhologicheskaya diagnostika rasstroistv emotsional'noi sfery i lichnosti [Psychological diagnosis of disorders of the emotional sphere and personality]. St. Petersburg. 2014. 408 p. (In Russ.)
3. Gadjeiev N.K., Vasileva A.V., Zaytseva D.V. [et al.]. Primenenie kratkosrochnogo psikhoterapevticheskogo vmeshatel'stva dlya uluchsheniya priverzhennosti terapii patsientov s mochekamennoi bolezni [The implementation of the brief psychotherapeutic intervention to improve adherence to therapy in patients with urolithiasis]. *Vestnik urologii* [Urology herald]. 2020; 8(3):120–133. DOI: 10.21886/2308-6424-2020-8-3-120-133. (In Russ.)
4. Gevorgyan A.R. Analiz urologicheskoi zabolevaemosti vzroslogo naseleniya g. Moskvy za 2006–2015 gg. [Analysis of urological morbidity in the adult population of Moscow for the years 2006-2015]. *Meditsina v Kuzbasse* [Medicine in Kuzbass]. 2017; 16(2):49–54. (In Russ.)
5. Kondratyev G.V., Yudin S.A., Vershinin E.G. [et al.]. Biopsikhosotsial'nyi podkhod v meditsine: teoriya i praktika realizatsii [Biopsychosocial approach in medicine: the theory and its practical realization]. *Uspekhi sovremennogo estestvoznaniya* [Advances in current natural sciences]. 2014; (9):14–16. (In Russ.)
6. Lekhtsier V.L. Semiozis bolezni: dikhotomiya kul'turologizma i personalizma (preodolevaya stereotipy biomeditsiny) [Semiozis of illness: dichotomy of “culturologism” and “personalism” (overcoming stereotypes of biomedicine)]. *Vestnik Samarskoi gumanitarnoi akademii. Seriya Filosofiya. Filologiya* [Bulletin of Samara Humanitarian Academy. Series Philosophy. Philology]. 2009; (2):85–111. (In Russ.)
7. Petrov V.I., Razvalyaeva A.V., Nekrasova E.E., Malyuzhinskaya N.V. Otsenka kachestva zhizni patsientov, stradayushchikh khronicheskoi idiopatichekskoi krapivnitsei [Assessment of quality of life of patients suffering from chronic idiopathic urticaria]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta* [Journal of Volgograd state medical university]. 2010; (4):38–40. (In Russ.)
8. Türk C., Knoll T., Petrik A. [et al.]. Guidelines on Urolithiasis. European Association of Urology 2015. 97 p.
9. Babwah F., Baksh S., Blake L. [et al.]. The role of gender in compliance and attendance at an outpatient clinic for type 2 diabetes mellitus in Trinidad. *Pan American Journal of Public Health*. 2006; 19(2):79–84. DOI: 10.1590/s1020-49892006000200002.
10. Gonzalez J., Tanenbaum M., Commissariat P. Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. *American Psychologist Journal*. 2016; 71(7):539–551. DOI: 10.1037/a0040388.
11. Jin J., Sklar G.E., Min Sen Oh V. [et al.]. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2008; 4(1):269–286. DOI: 10.2147/tcrm.s1458.

12. Khambati A., Matulewicz R.S., Perru K.T. [et al.]. Factors Associated with Compliance to Increased Fluid Intake and Urine Volume Following Dietary Counseling in First-Time Kidney Stone Patients. *Journal of Endourology*. 2017; 31(6):605–610. DOI: 10.1089/end.2016.0836.
 13. Manteuffel M., Williams S., Chen W. [et al.]. Influence of patient sex and gender on medication use, adherence, and prescribing alignment with guidelines. *Journal of Women's Health*. 2014; 23(2):112–119. DOI: 10.1089/jwh.2012.3972.
-

Received 22.09.2022

For citing: Zaitseva D.V., Isurina G.L. Analiz stepeni priverzhennosti terapii patsientov s mochekamennoi boleznyu na etape stacionarnogo lecheniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2022; (83):40–48. **(In Russ.)**

Zaitseva D.V., Isurina G.L. Analysis of the degree of adherence to therapy in patients with urolithiasis at the stage of in-hospital treatment. *Bulletin of Psychotherapy*. 2022; (83):40–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-40-48
