

ПРИМЕНЕНИЕ ФОКУСИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ В КАРДИОЛОГИИ КАК МЕТОДА, ПОЗВОЛЯЮЩЕГО ОЦЕНИТЬ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ

Семенова Ольга Николаевна

*аспирант кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава России», г. Саратов*

E-mail: semenova280484@yandex.ru

Наумова Елизавета Александровна

*д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО
«Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России», г. Саратов*

E-mail: Naumova-L@yandex.ru

APPLICATION OF THE FOCUSED INTERVIEW IN CARDIOLOGY AS A METHOD TO ASSESS ADHERENCE TO THERAPY

Olga Semenova

*Post-graduate student of the chair of faculty therapy of
GBOU VPO «Saratov State Medical University n.a. V.I. Rasumoskiy of Ministry of
health», Russia, Saratov*

Elizaveta Naumova

*Doctor of medical Sciences, Professor of the faculty therapy chair of GBOU VPO
«Saratov State Medical University n.a. V.I. Rasumoskiy of Ministry of health»,
Russia, Saratov*

АННОТАЦИЯ

Цель: изучить причины, влияющие на поведение пациентов и эффективность лечения. Метод: фокус-группы. Результаты и выводы: исследовано 6 групп пациентов (3 группы (фокус-группа № 1) — пациенты, участвующие в клинических исследованиях, соблюдающих рекомендации врача и 3 группы (фокус-группа № 2) — с неоднократным опытом госпитализации, не соблюдающие терапию). В исследуемых группах выражена патерналистическая модель общения врач-пациент. Существуют личностные характеристики врача и пациента, которые могут влиять на приверженность к терапии.

ABSTRACT

Aim: to examine reasons influencing the behavior of patients and the effectiveness of the treatment. Methods: focus-groups. Results and conclusions: investigated the 6 groups of patients (3 groups (focus-group № 1) — patients participating in clinical trials that comply with the recommendations and the 3 groups

(focus-group № 2) with repeated experience of hospitalization, non-compliance with therapy). In the groups expressed paternalistic-model of doctor-patient communication. There are the personal characteristics of the physician and the patient, which may affect the adherence to therapy.

Ключевые слова: приверженность; невыполнение врачебных рекомендаций; фокусированное интервью; фокус-группы.

Keywords: adherence; noncompliance of medical recommendations; focused interviews; focus- groups.

Актуальность проблемы

Невыполнение пациентами врачебных назначений и рекомендаций — серьезнейшая проблема современной врачебной практики. Одной из причин этого является отсутствие взаимопонимания врача и пациента [2].

Фокус-группа — особая форма группового интервью, объединенная по некоторым критериям малая группа, внимание и интеллектуальные усилия которой временно сконцентрированы ведущим (модератором группы) на определенной теме для определения отношения к поставленной проблеме, выяснения мотивации тех или иных действий [1, 3, 7]. Фокус-группа обычно формируется из 7—12 участников, не знакомых друг с другом [3, 7]. При меньшем числе участников получить достоверную информацию невозможно из-за недостатка участвующих, при большем, из-за того, что не все участники успеют высказаться. Участники отбираются по наличию ряда общих характеристик, имеющих отношение к теме фокус—группы [3, 7]. Важным достоинством метода является проявление в беседе неосознанных установок, которые становятся осознанными и выявляются в процессе общения [1].

Цель исследования: изучение причин, влияющих на поведение пациентов с помощью проведения группового фокусированного интервью.

Материалы и методы: исследование проводилось в январе и октябре 2012 г. В исследование включались пациенты с хроническими заболеваниями

сердечно-сосудистой системы. Всего было исследовано 6 групп пациентов, из них 3 группы — пациенты, участвующие в различных клинических исследованиях (КИ) по поводу сердечно-сосудистой патологии (ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия), проводимых в различных центрах г. Саратова, тщательно соблюдающие все рекомендации врача (в дальнейшем по тексту фокус-группа № 1) и 3 группы — пациенты с неоднократным опытом госпитализации по поводу сердечно-сосудистого события, госпитализированные вновь в кардиологическое отделение Клинической больницы по поводу обострения сердечно-сосудистой патологии, не соблюдающие, частично соблюдающие, а иногда и полностью отказывающиеся от амбулаторной терапии после выписки из стационара (в дальнейшем по тексту фокус-группа № 2). Все пациенты, участвующие в данном исследовании, отбирались лечащими врачами. Количество человек в группах составляло от 7 до 12. С каждой из 6 групп поочередно проводилась групповая беседа под руководством модератора (опытного и квалифицированного социолога, без медицинского образования, не знакомого с пациентами). Длительность беседы составляла около 1,5 часов. Мероприятия фиксировались видеокамерой и диктофоном. Задаваемые вопросы приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Вопросы, обсуждаемые с пациентами

Что такое болезнь в принципе и для Вас конкретно?
Что Вы знаете о своем заболевании? Насколько Вам важно знать информацию о своем заболевании, и в каком объеме?
Считаете ли Вы свою болезнь серьезной и насколько?
Почему некоторые люди лечатся регулярно, а другие — полностью отказываются от лечения?
<i>Для пациентов фокус-групп №1:</i> Почему Вы приняли решение проводить постоянное лечение именно в рамках КИ?
Что Вы думаете о сотрудничестве с врачом? Какие отношения с врачом у Вас

на данный момент?
Насколько для Вас важно принимать решение о лечении вместе с врачом и как это сотрудничество может повлиять на Ваше решение о постоянном лечении?
Что Вам сложнее всего соблюдать: прием препаратов, соблюдение режима дня, диеты, посещение плановых обследований.
Каким должен быть процесс лечения, чтобы Вы были этим удовлетворены?
Какова лично для Вас мотивация к постоянному лечению после выписки?
Как часто Вы принимаете предписанные Вам препараты?
Какие факторы влияют на регулярность приема препаратов?

Все вопросы задавались только в открытой форме. Врач-исследователь, имеющий многолетний опыт работы с проблемой приверженности пациентов к лечению, наблюдал on-line трансляцию беседы и с помощью sms или записок, передаваемых через ассистента, задавал дополнительные вопросы и давал комментарии модератору. Ход беседы в дальнейшем был застенографирован. Результаты беседы обсуждались совместно врачами-исследователями и социологом. Все пациенты добровольно согласились на участие и подписали информированное согласие.

В работе использовалось деление нонкомплайнса на осознанный (сознательное прекращение или продолжение лечения) и неосознанный (регулярность приема препаратов) компоненты [4, 8].

Результаты: в исследовании приняло участие 47 пациентов: 25(53,2 %) мужчин и 22 (46,8 %) женщины. Медиана возраста составила 59 лет. (Таблица 2) В состав фокус — групп № 1 поочередно вошли 12, 7 и 7 пациентов, в составе фокус — группы № 2 в каждой беседе приняло участие по 7 человек. Стоит отметить, что на участие в данном исследовании пациенты первой группы соглашались без помех, а вот пациенты второй группы крайне неохотно.

Таблица 2.

Характеристика пациентов

	Фокус * группа № 1	Фокус * группа № 2
Пол Мужской	17 (36,2 %)	8 (17 %)
Женский	9 (19,1 %)	13 (27,7 %)
Возраст: не достигшие пенсионного возраста	2 (4,2 %)	5 (10,6 %)
достигшие пенсионного возраста	24 (51,1 %)	16 (34,1 %)
Наличие артериальной гипертензии	25 (53,2 %)	19 (40,4 %)
Наличие ИБС	25 (53,2 %)	20 (42,6 %)
Перенесенный инфаркт миокарда	22 (46,8 %)**	6 (12,8 %)
Наличие ХСН	23 (48,9 %)	19 (40,4 %)
Перенесенное ОНМК	3 (6,4 %)	4 (8,5 %)
ХИГМ	8 (17 %)	6 (12,8 %)
Мерцательная аритмия	5 (10,6 %)	8 (17 %)
Ожирение	12 (25,5 %)	5 (10,6 %)
Сахарный диабет	9 (19,1 %)	5 (10,6 %)
Дислипидемия	11 (23,4 %)	16 (34 %)

* — в таблице приведены суммарные характеристики по трем группам

** — различия достоверны, $p < 0,05$

Группы в целом были сопоставимы между собой. В группе № 1 было достоверно больше больных с перенесенным инфарктом миокарда.

В таблице 3 представлены характерные ответы пациентов обеих групп.

Таблица 3.

Наиболее частые ответы пациентов

Вопрос	Фокус-группа № 1	Фокус-группа № 2
<i>Что такое болезнь?</i>	«Болезнь — это катастрофа, случайность» «Болезнь — это судьба» «Болезнь — это образ жизни»	«Болезнь — потеря здоровья, хорошей работы, ухудшение семейного бюджета, ограничение активности»
<i>Что Вы знаете о своем заболевании?</i>	«Достаточный уровень — это название болезни, на что она влияет, на что может повлиять, какое будет самочувствие, что нужно делать и чего не нужно делать»	«Курса лечения, который проходишь, хватает на полгода, а когда ухудшение, надо показаться врачу» «Все знаем, только ничего не выполняем»
<i>Насколько важна информация и в каком объеме?</i>	«Меньше знаешь, лучше спишь» «Кто предупрежден, тот вооружен»	«Мы очень мало информированы о том, какие болезни есть, как не доводить себя до

		серьезного» «Я знаю практически ВСЕ, ну нужно знать еще больше, мне хочется жить дольше»
<i>Считаете ли Вы свою болезнь серьезной и насколько?</i>	«Наша болезнь — это наш образ жизни, не надо из этого делать трагедии, это такая жизнь»	«Болезнь мешает полноценно работать, отдыхать, жить в полную силу, как хотелось бы, вот в чем серьезность» «Если болезнь терпима, то можно «махнуть рукой»»
<i>Почему Вы приняли решение проводить постоянное лечение именно в рамках клинических исследований?</i>	«Моя мотивация — «Я хочу жить!»» «Врачи-исследователи — это специалисты, «мастера на все руки», которые «поставили меня на ноги», я благодарен программе»	
<i>Почему некоторые люди лечатся регулярно, а другие полностью отказываются от лечения?</i>	«Мы все не верили, пока тяжелая болезнь не случилась» «Значит не совсем «прижало» «Гром не грянет - мужик не перекрестится»	«Нет времени нам прием таблеток, быт, семья, работа, а потом уже здоровье» «Таблетки нужны, когда плохо» «Думаю, что вылечился!» «Нет четкого контроля, и мы забываем»
<i>Что Вы думаете о сотрудничестве с врачом? Какие отношения с врачом у Вас на данный момент?</i>	«Сотрудничество — это главное в процессе лечения» «Мы доверяем врачу как профессионалу» «И врачи выбирают «проверенную гвардию»!»	«Естественно, очень ВАЖНО понимать друг друга, тогда и претензий меньше будет. Если бы так было и в поликлинике, мы бы регулярно обследовались, лечились»
<i>Насколько для Вас важно принимать</i>	«Если есть выбор, выберу то, что скажет врач,	«Необходимо совместно принимать решение с

<i>решение о лечении вместе с врачом и насколько это сотрудничество может повлиять на Ваше решение о постоянном лечении?</i>	ориентируюсь на мнение врача» «Врач сказал - я согласился» «Мы сами не можем выбрать» «Я советуюсь с врачом, доверяю врачу, что лучше, скажет врач»	врачом» «Мы полностью доверяем врачам стационара» «В поликлинике не разговаривают с нами, врачам поликлиники не хватает времени на общение с нами»
<i>Что Вам сложнее всего соблюдать: прием препаратов, соблюдение режима дня, диеты, посещение плановых обследований.</i>	«Мы все соблюдаем» «Сложнее всего соблюдать режим питания и диету (хочется себя побаловать)»	«Никакой пользы от соблюдения всего нет: если сердце уже изношено- то уже все бесполезно!» «Трудно все соблюдать в комплексе» «Сложно вспомнить, что нужно пить таблетки»
<i>Каким должен быть процесс лечения, чтобы Вы были этим удовлетворены?</i>	«Удовлетворены, не в чем усомниться» «Очень важна организация, информация и общение с врачом, а именно его внимание»	«Преимственность между стационаром и поликлиникой» «Информированность о заболевании» «Забота, внимание и контроль врача »
<i>Какова лично для Вас мотивация к постоянному лечению после выписки?</i>	«Продолжение жизни!!!»	«Плохое состояние» «Неполноценная жизнь» «Жить надо как в последний день»
<i>Как часто Вы принимаете предписанные Вам препараты?</i>	«Постоянно»	«Когда прижмет»
<i>Какие факторы влияют на регулярность приема препаратов?</i>	«Жить не только долго и спокойно, но и ощущать эту жизнь, радоваться внукам»	«Невнимание, непонимание со стороны врача» «Недостаток информации»

Пациенты фокус-группы № 1 полагают, что болезнь — это либо «судьба», либо «катастрофа». Первое сердечно - сосудистое событие этими пациентами воспринималось как «случайность», и они полностью были уверены, что

«здоровы», однако повторная катастрофа заставила их одуматься и осознать серьезность своего заболевания и теперь для них болезнь — это «образ жизни». Информация о заболевании важна для них, но только в том объеме, который позволяет им адекватно реагировать на изменения своего самочувствия и комфортно себя чувствовать (какие таблетки выпить, кому позвонить в экстренной ситуации), больше знать (о сути заболевания, вариантах лечения) они действительно не хотят. Для пациентов этой группы сотрудничество с врачом — это главное в процессе их лечения, но сотрудничество они воспринимают как полное, абсолютное, доверие к врачу, и, соответственно, в процессе принятия медицинского решения они полагаются на мнение врача, как определяющее. Участие в КИ для них — это постоянный контроль, внимание со стороны лечащего врача, поддержание здоровья, «надежда на лучшее», полное доверие не только к врачам, но и к препаратам, которые они назначают (даже плацебо для них — «авось поможет»). Врачи клиники для них — это профессионалы. Но при этом они не отрицают существование определенной внутренней привязанности и симпатии к определенному врачу. В экстренных ситуациях, при отсутствии по каким-либо причинам в данный момент «своего» врача-исследователя они могут обратиться к «такому же» исследователю, а вот постоянное лечение они предпочитают проводить со своим врачом. Большинство пациентов, входящих в состав данной фокус — группы приняли осознанное решение лечиться на постоянных условиях в рамках КИ в основном по причине нежелания и невозможности получать «такое же» лечение в амбулаторной практике в виду большой загруженности данной службы очередями и малым количеством времени, отведенным на общение с врачом. Пациенты данной группы абсолютно дисциплинированы в отношении не только приема лекарственных препаратов, но и соблюдения режима дня и регулярных плановых обследований по программе КИ («Это не сложно»). Определенные трудности у них вызывает соблюдение диеты, особенно у пациентов с сахарным диабетом. Эти пациенты полностью удовлетворены процессом своего лечения. Постоянное лечение для них — это

не только продление и улучшение качества жизни, но и предотвращение осложнений и развития повторных катастроф. Прием лекарственных препаратов нисколько не нарушает их жизнь, а только способствует ее продолжению. Пациенты этой группы отмечают высокую роль в процессе лечения своей семьи.

Мнение участников данных бесед о больных, не соблюдающих врачебных предписаний, сводится к тому, что у этих пациентов не настал тот момент в жизни, который смог бы заставить их по другому отнестись к своему заболеванию и осознать его серьезность.

Перед представлением результатов беседы с пациентами фокус-группы № 2 следует отметить, что поведение пациентов данной группы было различным. Первые две группы, которые характеризовались лечащими врачами как пациенты, не регулярно принимающие терапию и негативно настроенные на процесс лечения, негативно были настроены и на беседу. Третья же группа пациентов, характеризовавшаяся врачами, как регулярно принимающая терапию, но в ходе беседы признававшаяся, что лечится нерегулярно, была очень похожа по поведению на группу пациентов, участвующих в КИ.

Для пациентов фокус — группы № 2 болезнь — это «очередной этап в жизни», потеря не только здоровья, но и существенное ограничение профессиональной активности, физических возможностей, ущерб семейному бюджету, неспособность отдыхать как хотелось бы, одним словом, это — «неполноценный образ жизни». Здоровье в их жизни — это «не приоритет», главное - это работа и работоспособность. Нахождение в больнице для них — «потерянные дни». Заболевание заставляет их задуматься о возможной потере работы как основного источника дохода. Они не понимают всю серьезность своего заболевания, воспринимая его как недолгое «обострение». Они полностью уверены, что дальше будет та же полноценная жизнь, как и раньше и отрицают возможность вообще существования хронических заболеваний. Лечение для них заканчивается при наступлении «хороших результатов» и начинается снова только при ухудшении состояния. Эти пациенты утверждают,

что «хотят» как можно больше знать о своем заболевании, чтобы с ним справиться и предотвращать его последствия, но они ничего не делают для этого, не предпринимают попыток для получения такой информации. Свою недисциплинированность они оправдывают нехваткой времени на поддержание здоровья в силу преобладания на первом месте работы и бытовых проблем, забывчивостью, а также отсутствием преемственности между стационарной и поликлинической службой, недостаточным объемом информации, предоставляемым врачами амбулаторного звена, «плохим» качеством оказываемой амбулаторной помощи или ее отсутствием, «невниманием», «незаинтересованностью» и «некомпетентностью» поликлинических врачей. Пациентов данной группы не устраивает, что врачам отведено мало времени на прием («За 7 минут все сделать невозможно»), то есть их не удовлетворяет система организации и работы данной службы. Переход от стационарного звена к поликлиническому для них — «хождение по мукам». И даже при ухудшении состояния, они не идут за оказанием помощи в поликлинику, а вновь госпитализируются в стационар. Пациентам был задан вопрос, почему в другое время они лечатся? Ведь, помимо поликлинических служб, есть консультативные приемы, частные клиники. Почему они не ищут варианты, если «хотят» лечиться? На данный вопрос был получен следующий ответ: «Чтобы обратиться за консультацией, необходимы материальные средства, которые можно получить только работая, а работая уже не хватает времени на здоровье». Так выглядит по их мнению порочный круг и «виноваты» в этом не они сами, а врачи поликлиники. Пациенты первых двух («неблагонадежных») групп остановились именно на этом. Они сняли с себя всю ответственность за происходящее, и категорично, и иногда даже агрессивно, отказывались дискутировать на этот счет, несмотря на все усилия модератора. В ходе беседы с пациентами третьей группы было выявлено, что недисциплинированность является осознанным действием и присутствием таких качеств как лень, беспечность, «наплевательское», или наоборот, чрезмерно эгоистическое отношение к себе.

Прием лекарственных препаратов вызывает у большей части пациентов страх стать зависимым и приобрести «букет других болячек» — «одно лечишь — другое калечишь». Мотивацией для продолжения терапии для них является плохое самочувствие и неполноценная жизнь. Данные пациенты утверждают, что хотят сотрудничать с врачом, участвовать в принятии медицинского решения, однако врачи амбулаторного звена «не внушают» им доверия и непонимание их проблем, является для них обидой и, как следствие, отказом от терапии. Они были бы удовлетворены процессом лечения, если бы выполнялись такие условия, как получение достаточного объема информации о своем заболевании, регулярный контроль, внимательное отношение со стороны именно поликлинических врачей. При вопросе «Если бы Вам предложили участие в клинических исследованиях и наблюдали Вас и оказывали достаточно внимания, как Вам бы хотелось», только пациенты третьей группы ответили, что захотели бы лечиться в этих рамках.

Разговор в обеих группах самими пациентами все время сводился к осознанному выполнению врачебных рекомендаций, т. е. сознательному продолжению этими пациентами длительной терапии. Высокая степень регулярности терапии в первой группе (т. е. низкая частота пропусков приема препаратов) автоматически вытекала из осознанного желания пациента лечиться. Во второй группе, не продолжающей лечение после выписки из стационара, вопрос о регулярности терапии соответственно не обсуждался.

Обсуждение

При длительном хроническом заболевании переживания своей болезни больным подвержены определенной динамике [5], что четко проявилось в наших беседах. У пациентов обеих групп четко прослеживается последовательная смена четко описанных этапов [5] по отношению к своей болезни: предмедицинская фаза, фаза ломки жизненного стереотипа, фаза адаптации к болезни, фаза «капитуляции», фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни. Только пациенты фокус-группы № 1 полностью «пережили» данные этапы, а пациенты фокус-группы № 2 находятся

на пограничном этапе между фазой ломки жизненного стереотипа и фазой «капитуляции». У пациентов первой группы присутствует содружественная и спокойная реакция на болезнь, они безгранично доверяют врачу, выполняя все рекомендации, и признательны ему за помощь. Они больше соответствуют гармоничному, реалистичному типу по отношению к болезни, они стремятся во всем содействовать успеху лечения. У пациентов группы №2 прослеживается негативная и разрушительная реакция, они либо не придают серьезности указаниям и советам врача, либо просто их игнорируют, что в свою очередь является неблагоприятным последствием для них в дальнейшем. Пациенты данной группы, скорее всего, стоят на грани между эргопатическим и анозогностическим типом, они хотят сохранить свою работоспособность и активно отбрасывают мысли о своем заболевании.

В сознании всех пациентов присутствует патерналистическая модель общения с врачами, то есть врач — это главное лицо в лечебном процессе, это лицо, которое берет на себя ответственность за все. Доверие к врачу возводится в «абсолют», пациенты согласны делать все, что скажет им их лечащий врач. Но данная модель по-разному реализуется в исследованных группах. Пациентов первой группы это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов второй группы неполучение адекватной помощи в поликлинике является «обидой» на недооценку их доверия и мотивацией для отказа от лечения в дальнейшем.

Пациентами обеих групп ярко подчеркивается недостаток времени у поликлинических врачей на общение с ними. Конечно, претензии пациентов к врачам и к системе здравоохранения могут быть оправданы перегруженной работой поликлиники, нехваткой персонала, «бумажной работой», отсутствием порой необходимого оборудования, но они приводят к крайне негативным и клиническим и экономическим проблемам.

Имеются определенные личностные особенности, касающиеся коммуникативных особенностей опрошенных групп пациентов. Пациенты, участвующие в КИ интеллигентные, достаточно доброжелательно настроенные

люди с достаточно высокими коммуникативными особенностями. Первые две группы фокус-группы № 2 являются «неблагонадежными» и отличаются наличием собственных внутренних установок, изначально негативно настроены на лечение. Пациенты же третьей группы по своим личностным особенностям напоминают группу пациентов, участвующих в КИ. Они осознают, что причина нерегулярного лечения в них самих, просто они еще не встретили на своем жизненном пути того врача, под четким руководством которого они выразят желание лечиться на постоянной основе и даже в рамках КИ.

Возможно, одним из факторов, который повлиял на результат исследования, является отбор пациентов 2-й группы их лечащими врачами. Можно предположить, что врачи интуитивно, поделили пациентов на две группы: менее и более симпатичных, и это “деление” можно рассматривать как “интуитивный прогностический фактор” в отношении приверженности к лечению. С другой стороны, “предубеждение врача” в отношении пациента может влиять на негативное поведение пациентов в дальнейшем.

Заключение

В исследуемых группах пациентов ярко выражена патерналистическая модель общения врач-пациент. Пациентов первой группы это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов второй группы неполучение адекватной помощи в поликлинике является “обидой” на недооценку их доверия и мотивацией для отказа от лечения в дальнейшем. Улучшение самочувствия является важным фактором, и заставляет пациентов первой группы следовать указаниям врача, а второй наоборот, прекращать терапию. Очень многое зависит от врача, его умения и желания правильно объяснить пациенту процесс лечения, расставить акценты и суметь достичь доверительных отношений с больным.

Список литературы:

1. Богомолова Н.Н., Мельникова О.Т., Фолomeева Т.В. Фокус-группы как качественный метод в прикладных социально-психологических

исследованиях. // Введение в практическую социальную психологию./ Под ред. Ю.М. Жукова, Л.А. Петровской, О.В. Соловьевой. М., 1994. С. 193—196.

2. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом. (Лекция 4). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 14.11.2012 г)
3. Мертон Р., Фиске М., Кендалл П. Фокусированное интервью / Пер. с англ. Т.Н. Федоровской под ред. С.А. Белановского. — М., 1991.
4. Наумова Е.А. Контролируемое исследование влияния стандартизированных наглядных мотивирующих рекомендаций на приверженность к лечению кардиологических пациентов / Шварц Ю.Г., Наумова Е.А., Тарасенко Е.В.// Клиническая фармакология и терапия. — 2007. — № 4. — С. 9—12.
5. Сидоров, П.И. Клиническая психология: учебник для вузов / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. — 3-е изд., испр. и доп. — М., ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 880 с.
6. Barber, N. Should we consider non-compliance a medical error? / N. Barber // Qual Saf Health Care. — 2002. — № 11. — P. 81—84.
7. Merton R., Fiske M., Candall P. The focused interview. Glen-coe, 1956.