

# ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

**Макогон С.И.**, к.м.н., доцент, зав. курсом офтальмологии<sup>1,3</sup>;

**Онищенко А.Л.**, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе<sup>2</sup>;

**Макогон А.С.**, к.м.н., доцент, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, 656038, Российская Федерация, Алтайский край, Барнаул, пр. Ленина, 40;

<sup>2</sup>НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 654005, Российская Федерация, Кемеровская область, Новокузнецк, пр. Строителей, 5;

<sup>3</sup>КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница», 656002, Российская Федерация, Алтайский край, Барнаул, ул. Советская, 8.

Авторы не получали финансирование при проведении исследования и написании статьи.  
Конфликт интересов: отсутствует.

**ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:** Макогон С.И., Онищенко А.Л., Макогон А.С. Приверженность лечению у лиц пожилого и старческого возраста с первичной открытоугольной глаукомой. *Национальный журнал глаукома.* 2019; 18(4):3-13.

## Резюме

**ЦЕЛЬ:** провести анализ факторов, влияющих на мотивацию к длительному лечению больных глаукомой пожилого и старческого возраста и предложить способы повышения уровня мотивации к лечению.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведено анкетирование пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) для выявления факторов, влияющих на мотивацию к лечению, и предложены различные модели терапевтического обучения: самостоятельное изучение предложенной специальной литературы (подгруппа А), лекционный курс о глаукоме (подгруппа В) и индивидуальное углубленное консультирование пациента с глаукомой (подгруппа С). Изучение мотивации к лечению проведено до проведения терапевтического обучения, через 1 месяц и через 6 месяцев после его окончания.

В анкетировании и терапевтическом обучении приняло участие 366 пациентов с ПОУГ I-IV стадий, проходивших лечение в Краевой офтальмологической больнице. В ходе исследования пациенты были разделены 3 группы: 1-я группа — 104 больных среднего возраста (45-59 лет), из них 44 (42,3%) мужчины и 60 (57,7%) женщин, 2-я группа — 164 человека пожилого возраста (60-74 лет), из них — 66 (40,2%) мужчин и 98 (59,8%) женщин,

3-я группа — 98 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) — 36 (36,7%) мужчин и 62 (63,3%) женщины.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Выявлены причины недостаточной мотивации к лечению: недооценка важности лечения и опасности болезни. Это является следствием бессимптомности заболевания (55,2%), низкого уровня информированности о заболевании (51,9%), отсутствия видимого эффекта от проводимой терапии (50,8%), наличия побочных эффектов лечения (47,5%), забывчивости (36%), отсутствия уверенности в том, что лечение может помочь (23,5%), отсутствие сопереживания и недостаточного внимания со стороны лечащего врача (63,4%) и т.д. Из трех предложенных моделей терапевтического обучения лучшие результаты отмечены при индивидуальном углубленном консультировании: уровень мотивации сохранялся до 6 месяцев после окончания обучения.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Для пациентов с ПОУГ характерен «низкий» и «ниже среднего» уровень мотивации. Предложенная модель терапевтического обучения позволила повысить уровень мотивации к лечению пациентов с ПОУГ, особенно пожилого и старческого возраста.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** мотивация к лечению, глаукома, терапевтическое обучение.

## Для контактов:

Макогон Светлана Ивановна, e-mail: vvk\_msi@mail.ru

## ENGLISH

## Treatment adherence in elderly and senile patients with primary open-angle glaucoma

**МАКОГОН С.И.**, Ph.D., Associate Professor, Head of the Ophthalmology Course<sup>1,3</sup>;

**ОНИШЧЕНКО А.Л.**, M.D., Professor, Deputy Director for Science<sup>2</sup>;

**МАКОГОН А.С.**, Ph.D., Associate Professor, Deputy Chief Physician for Outpatient Work<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Altai State Medical University of the Ministry of Health of Russian Federation, 40 Lenin Ave., Barnaul, Altai Region, Russian Federation, 656038;

<sup>2</sup>Novokuzneck State Institute of Advanced Medical Training, a branch of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, 5 Stroiteley Ave., Novokuznetsk, Kemerovo region, Russian Federation, 654005;

<sup>3</sup>Altai Regional Ophthalmological Hospital, 8 ul. Sovetskaya, Barnaul, Altai Region, Russian Federation, 656002.

Conflicts of Interest and Source of Funding: none declared.

**For citations:** Makogon S.I., Onishchenko A.L., Makogon A.S. Treatment adherence in elderly and senile patients with primary open-angle glaucoma. *Natsional'nyi zhurnal glaukoma*. 2019; 18(4):3-13.

### Abstract

**PURPOSE:** To analyze the factors influencing the motivation for a long-term treatment in elderly and senile patients with glaucoma and to propose ways of increasing its level.

**METHODS:** A survey of patients with POAG was conducted to identify factors influencing motivation for treatment. Various models of therapeutic training were proposed: an independent study of proposed special literature (subgroup A), a lecture course on glaucoma (subgroup B), and individual in-depth consultation of a patient with glaucoma (subgroup C). The study of motivation for treatment was carried out at baseline — before conducting the therapeutic training, and then 1 month and 6 months after its completion.

366 patients with stage I-IV primary open-angle glaucoma who were treated in the Regional Ophthalmological Hospital took part in the survey and therapeutic training. During the study the patients were divided into 3 groups: Group I — 104 patients of middle age (45-59 years old), with 44 (42.3%) men and 60 (57.7%) women, Group II — 164 people of the elderly age group (60-74 years old), with 66 (40.2%) men and 98 (59.8%) women; Group III — 98 senile patients (75 years and older) — 36 (36.7%) men and 62 (63.3%) women.

**RESULTS:** The study helped determine the main cause for the lack of motivation for treatment, which turned out to be the underestimation of the treatment importance and the dangerous consequences of the disease. This mostly happens due to the following reasons: an asymptomatic disease (55.2%), a low level of awareness of the disease (51.9%), lack of a visible effect from the prescribed therapy (50.8%), adverse effects (47.5%), forgetfulness (36%), lack of confidence that the treatment can actually help (23.5%), lack of empathy and insufficient attention from the attending physician (63.4%), etc. When comparing the three proposed therapeutic training models, the best results were noted with an individual in-depth counselling: the level of motivation remained stable up to 6 months after the counselling was finished.

**CONCLUSION:** “Low” and “below average” levels of motivation for treatment are common for primary open-angle glaucoma patients. Our proposed model of therapeutic training has increased the level of motivation for treating in POAG patients, especially in the elderly and senile age groups.

**KEYWORDS:** motivation for treatment, glaucoma, therapeutic training.

Сложилось мнение, что обязательным условием успешного лечения любого заболевания является точное выполнение пациентом всех рекомендаций врача [1]. И прогноз хронических заболеваний в значительной степени определяет приверженность пациентов лечению. Под приверженностью понимают верность, преданность кому-нибудь или чему-нибудь [2].

Ряд авторов убеждены в том, что термин «приверженность» можно применять для характеристики взаимоотношений между пациентом и врачом [3, 4]. В литературе встречается несколько синонимов этого понятия. Чаще упоминается термин «комплаенс», который означает (перевод с англ. «compliance») согласие, соответствие. Реже — «adherence» (англ.) — это приверженность,

соблюдение, верность, следование; «concordance» (англ.) — согласование; «persistence» (англ.) — стойкость, постоянство, выносливость, устойчивость [5-7].

Низкая приверженность к лечению предполагает отсутствие у больного желания выполнять рекомендации врача. Примерами некомплаентности пациентов считаются нарушение времени приема лекарственных средств, изменение дозы препарата, самовольный отказ от употребления лекарств, забывчивость [8, 9].

У всех этих терминов отсутствует, на наш взгляд, главная составляющая — это мотив и мотивация. К сожалению, без этой составляющей врачебные рекомендации выполняться будут не в полной мере или вообще не будут выполняться. Еще Гиппократ привлекал внимание врачей ко «лжи пациента в приеме лекарств». По данным некоторых авторов, около 20% новых и 85% повторных назначений не выполняются [3, 10].

Данные исследований показывают, что строгое соблюдение врачебных рекомендаций пациентами с хроническими заболеваниями является довольно большой редкостью [11, 12].

Достаточно остро проблема комплаентности стоит при лечении пациентов пожилого и старческого возраста. По результатам исследования С.Е. Ушаковой с соавт., даже после обучения в школе для больных артериальной гипертензией стойкая мотивация к регулярному измерению артериального давления возникает лишь у части пациентов [13].

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) — хроническое мультифакториальное офтальмологическое заболевание, ассоциированное с возрастом [14]. Частота развития ПОУГ существенно нарастает по мере старения человека и развивается преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста. С 2006 по 2013 гг. в Российской Федерации отмечается рост инвалидности по зрению вследствие глаукомы с 28 до 34%, а в структуре инвалидности по глаукоме увеличилось число лиц с 1 и 2 группами с 60 до 85%. При первичном освидетельствовании от 38 до 58,1% признаются инвалидами первой группы [15, 16].

Одним из важнейших аспектов эффективности лечения ПОУГ является наличие у пациентов мотивации к лечению. Соответственно актуальным становится изучение механизмов ее формирования, определение истинных мотивов в поведении пациентов. Это позволит целенаправленно влиять на становление мотивации к лечению и эффективно воздействовать на процессы терапии.

В настоящее время разработано более пятидесяти мотивационных теорий. Это подчеркивает актуальность этой проблемы для специалистов различных профилей и направлений. Изучению вопросов мотивации посвящено большое количество публикаций российских и зарубежных авторов,

в том числе и монографий [17, 18]. Тем не менее нерешенными остаются следующие вопросы: окончательно не установлены факторы, условия и средства, существенно влияющие на формирование мотивационной сферы личности. Существующее многообразие мнений и точек зрения на эти явления создает определенные ограничения к применению их в практической деятельности. Общей чертой всех существующих мотивационных теорий является отсутствие системного подхода к рассмотрению процесса мотивации, «вследствие чего любой фактор, влияющий на возникновение побуждения и принятие решения, объявляется мотивом» [19].

В психологии понятие мотивации употребляют в двух смыслах. С одной стороны, мотивация — это система факторов, побуждающих активность организма к какому-либо действию, определяющих направленность и объясняющих поведение человека. К данным факторам можно отнести такие понятия, как потребность, мотивы, намерения, интересы, стремления, цели. С другой стороны, мотивация — это процесс, обеспечивающий поведенческую активность на определенном уровне. Т. е. мотивация объясняет направленность действия на достижение определенной цели [19, 20].

Мотивация относится к факторам, которые управляют поведением и поддерживают деятельность человека в определенный момент. Другие психические функции (внимание, эмоции, мышление) также участвуют в поведении. Но только мотивация служит началом или энергетическим источником поведения [21].

В литературе рассматривается мотивация к обучению у школьников [22], студентов [23], военнослужащих [24] и мотивация спортсменов [25-27]. Логичной представляется ситуация мотивации к работе, где работодатель нуждается в рабочей силе и имеет деньги, а работник умеет делать необходимые операции и нуждается в обеспеченной жизни [28].

Недостаточно изученной является важная для клинической практики врача любой специальности мотивация к лечению. Мотивация к лечению — это побуждение к выздоровлению, базирующееся на внутреннем биологическом инстинкте выживания, а также на полученной информации и осознании ситуации [29]. Данная мотивация проявляется в отношении человека к своему здоровью. В качестве причин низкой мотивации к лечению можно рассматривать различные психологические реакции (стрессовое состояние, депрессия), которые характерны для тяжелых соматических заболеваний [30, 31]. При этом может снижаться интерес к жизни и, соответственно, мотивация к лечению. Другой важной причиной недостаточной мотивации является неадекватная оценка важности лечения из-за отсутствия или низкого уровня информации

о заболевании, клинические особенности заболевания (бессимптомность течения), страх перед возможным развитием слепоты способствуют развитию эмоционального напряжения и тревожности. На это указывают ряд офтальмологов в своих исследованиях [32, 33].

Врачебный непрофессионализм, отсутствие интереса к больному вызывают недоверие пациента и снижают его мотивацию [34]. Психологические особенности и личностные качества пациента, его характер, уровень культуры и образование также имеют большое значение [35]. Адекватная мотивация у больных, владеющих информацией и понимающих конкретную медицинскую ситуацию, является залогом успешного лечения. Мотивировать — это значит создать влечение или потребность, побуждающие человека действовать с определенной целью, значит затрагивать его важные интересы, создавать ему условия для реализации себя в процессе жизнедеятельности [36].

Изучение вопросов мотивации к лечению рассматривались авторами у больных бронхиальной астмой [37], гипертонической болезнью [38], в стоматологии [39], психиатрии [40] и при других заболеваниях.

Повышение мотивации к лечению можно рассматривать на разных этапах оказания медицинской помощи пациентам. В качестве элементов мотивации можно рассматривать медицинское воздействие на пациентов со стороны медицинского персонала стационара — это создание непринужденной обстановки, гуманного отношения, оказание адекватной помощи и контроль за выполнением всех рекомендаций лечащего врача. В амбулаторных условиях осуществить контроль значительно сложнее и вся ответственность ложится на пациента. И в этой связи большое значение будут иметь образовательные мероприятия по активному привлечению пациентов в лечебный процесс. На первом этапе для формирования мотивации и приверженности к лечению решающее значение имеют обучение и поддержка пациентов в виде предоставления информации об особенностях заболевания, консультирования по вопросам обязательного ежедневного лечения, поддержки эмоционального благополучия.

Цель настоящего исследования — провести анализ факторов, влияющих на мотивацию к длительному лечению больных глаукомой пожилого и старческого возраста, и предложить способы повышения уровня мотивации к лечению.

## Материалы и методы

Для проведения исследования были разработаны две анкеты. Первая анкета включала три блока вопросов: по оценке источника и объема получения информации о заболевании «глаукома», о возникающих проблемах при получении этой информации

и о роли врача в доведении информации до пациента. Вторая анкета содержала вопросы мотивации к лечению, предусматривала оценку положительных ответов на вопросы в 0 баллов, а отрицательных — в 1 балл. Далее баллы суммировались в итоговую оценку. В ходе анализа полученных результатов все пациенты были распределены в зависимости от уровня мотивации: пациенты, которые набрали менее 4 баллов, были отнесены в группу с уровнем мотивации «выше среднего», от 5 до 8 баллов — в группу со «средним» уровнем, от 9 до 12 баллов — в группу с уровнем мотивации «ниже среднего», от 13 до 16 — с «низким» уровнем мотивации к лечению.

В анкетировании приняло участие 366 пациентов с ПОУГ I-IV стадий, проходивших лечение в Краевой офтальмологической больнице. В ходе исследования пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа — 104 больных среднего возраста (45-59 лет), из них 44 (42,3%) мужчины и 60 (57,7%) женщин, 2-я группа — 164 человека пожилого возраста (60-74 лет), из них — 66 (40,2%) мужчин и 98 (59,8%) женщин, 3-я группа — 98 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) — 36 (36,7%) мужчин и 62 (63,3%) женщины.

Пациентам каждой группы предложены различные виды терапевтического обучения: самостоятельное изучение предложенной специальной литературы (подгруппа А), лекционный курс о глаукоме (подгруппа В) и индивидуальное углубленное консультирование пациента с глаукомой (подгруппа С). Изучение мотивации к лечению проведено до проведения терапевтического обучения, через 1 месяц и через 6 месяцев после его окончания.

Статистическая обработка производилась с помощью пакета «Statistica 6». Рассчитаны средние показатели в сравниваемых группах. Для оценки взаимосвязи между отдельными признаками использован линейный корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции ( $r$ ) и определением коэффициента достоверности корреляции, различия средних величин считались достоверными при уровне значимости  $p \leq 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

Одной из причин недостаточной мотивации является недооценка важности лечения и опасности болезни. Это может быть следствием информационной недостаточности или её неадекватного восприятия.

Нами были проанализированы причины низкой мотивации к лечению. По мнению пациентов, основными причинами пропусков в закапывании гипотензивных препаратов является отсутствие симптомов заболевания (55,2%), низкий уровень информированности о заболевании (51,9%), отсутствие видимого эффекта от проводимой терапии (50,8%), наличие побочных эффектов лечения (47,5%), забывчивость (36%), отсутствие уверенности в том,

Таблица 1. Влияние разных методик терапевтического обучения на уровень мотивации к лечению среди пациентов разных возрастных групп (n, %). Подгруппа А  
 Table 1. The effect of different methods of therapeutic training on the level of motivation for treatment in patients of different age groups (n, %). Subgroup A

Уровень мотивации Level of motivation		Средний возраст Middle age n=34	Пожилой возраст Elderly n=54	Старческий возраст Senile n=32
До обучения Before training	выше среднего (менее 4 баллов) above average (less than 4 points)	4 (11,8)	6 (11,1)	0
	средний (5-8 баллов) average (5-8 points)	12 (35,3)	18 (33,3)	13 (40,6)
	ниже среднего (9-12 баллов) below average (9-12 points)	10 (29,4)	22 (40,7)	10 (31,3)
	низкий (13-16 баллов) low (13-16 ball)	8 (23,5)	8 (14,8)	9 (28,1)
Через 1 мес. после обучения 1 month after training	выше среднего (менее 4 баллов) above average (less than 4 points)	12 (35,3)*	8 (14,8)	0
	средний (5-8 баллов) average (5-8 points)	14 (41,2)	22 (40,7)	14 (43,8)
	ниже среднего (9-12 баллов) below average (9-12 points)	6 (17,6)	18 (33,3)	11 (34,4)
	низкий (13-16 баллов) low (13-16 ball)	2 (5,9)	6 (11,1)	7 (21,9)
Через 6 мес. после обучения 6 months after training	выше среднего (менее 4 баллов) above average (less than 4 points)	6 (17,6)	4 (7,4)	0
	средний (5-8 баллов) average (5-8 points)	10 (29,4)	16 (29,6)	11 (34,4)
	ниже среднего (9-12 баллов) below average (9-12 points)	14 (41,2)	25 (46,3)	11 (34,4)
	низкий (13-16 баллов) low (13-16 ball)	4 (11,8)	9 (16,7)	10 (31,3)

что лечение может помочь (23,5%). На две и более причины, приводящие к изменению приема гипотензивных препаратов, указывали 34,2% пациентов. При проведении корреляционного анализа выявили наличие взаимосвязей уровня мотивации с низким уровнем информированности ( $r=0,456$ ;  $p \leq 0,05$ ) и отсутствием видимого эффекта от проводимой терапии ( $r=0,516$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Анализ результатов проведенного социологического исследования показал, что до установления диагноза глаукома 77,6% пациентов не знали об этом заболевании, 22,4% слышали, но не знали проявлений глаукомы. При этом большинство пациентов получали данную информацию от медицинских работников (68%) ( $p \leq 0,05$ ). Доля этого источника информации среди мужчин составила: от 59,1%

(1-й группы) и 66,7% (2-й группы) до 72,2% (3-й группы). У женщин также высока доля получения информации от медицинских работников: от 60% в группе среднего возраста до 70,4% в группе пожилого возраста и 77,4% в группе старческого возраста.

Часть пациентов получали информацию из средств массовой информации (периодическая печать, радио и телевидение): 20,5 и 18,3% лиц среднего возраста (мужчин и женщин соответственно), 21,2 и 22,4% лиц среднего возраста. Особенно популярен этот источник информации для группы старческого возраста (38,9 и 42,0% мужчин и женщин соответственно,  $p \leq 0,05$ ).

Через Интернет медицинскую информацию получают в основном пациенты среднего возраста (22,7 и 26,7% мужчин и женщин соответственно) и женщины пожилого возраста (20,4%), что достоверно выше по сравнению с пациентами мужского пола пожилого возраста (7,6%) ( $p \leq 0,05$ ). Пациенты старческого возраста не используют этот источник информации в связи с отсутствием персонального компьютера или неумением им пользоваться и т. д.

При анализе объема информации, получаемой от медицинских работников, выяснилось, что 57,6% мужчин пожилого и 52,8% старческого возраста, а также 42,9% женщин пожилого и 36,1% старческого возраста оценили полученную информацию как новую, полезную и вполне достаточную. При этом пациенты среднего возраста (52,1% мужчин и 46,7% женщин) хотели бы получить дополнительную информацию о методах лечения глаукомы и последствиях заболевания. До 30% пациентов интересуются о возможности замены назначенного врачом лечения нетрадиционными методами терапии (БАДы, препараты на основе меда, прополиса), что можно трактовать как недоверие к официальной медицине и, соответственно, будет способствовать снижению мотивации.

Важным условием мотивированного поведения при хронических заболеваниях является убежденность больных в том, что соблюдать назначенное врачом лечение в их собственных интересах [41]. Большое значение в формировании мотивации и позитивного отношения больного к лечебным мероприятиям имеет личность врача: его квалификация, убежденность, заинтересованность в судьбе пациента, что, несомненно, важно для достижения положительного результата. Недостаточное внимание, поверхностность, отсутствие интереса к больному вызывают недоверие пациента и снижают его мотивацию. Ведь роль врача в общении с пациентом не ограничивается озвучиванием каких-то предписаний, а роль пациента — пассивным их восприятием. Повысить мотивацию к лечению можно через открытое сотрудничество врача и пациента, свободное обсуждение всех возможных аспектов лечения (не только медикаментозного), нюансов и затруднений, возникающих в этом процессе.

Большинство пациентов оценивают свое взаимодействие с врачом-офтальмологом как полное взаимопонимание и доверие — так считают 42,9% женщин пожилого возраста и 57,6% мужчин этой же возрастной группы. Частичное доверие и взаимопонимание является самой популярной оценкой среди женщин среднего возраста — 63,3%, среди группы пациентов старческого возраста оценка частичного взаимодействия составляла 22,1% у мужчин и 30,6% у женщин соответственно. Мужчины среднего возраста (27,3%) с сомнением относятся к получаемой информации от врача, что говорит об установлении недостаточно доверительных и содержательных бесед между врачом и пациентом.

Результаты опроса свидетельствуют, что наиболее ценными качествами врача для пациента являются его профессиональные знания и умения (47,3%). На втором месте, по мнению пациентов, необходимые качества врача — «умение сочувствовать и переживать» состоянию больного — 24,8%. Третье место по популярности заняли ответы: ответственность (18,6%) и уверенность врача (14,2%).

При получении медицинской информации пациенты сталкиваются с определенными трудностями в ее понимании. Основными причинами, с которыми сталкиваются пациенты с глаукомой, были указаны следующие: врачи не объясняют все полностью, быстро говорят и пишут неразборчиво — так считают 19,7% мужчин старческого возраста и 42,9% женщин пожилого возраста. Кроме этого, часть больных считают, что при объяснении врачи часто используют специальную терминологию, которая не всегда понятна пациентам. Этот вариант отметили 27,7% женщин старческого возраста и 38,2% мужчин пожилого и старческого возраста. При этом часть больных считают, что при получении новой информации им необходимо время, чтобы усвоить и понять ее, задать вопросы — так считают 13,9% мужчин и 19,0% женщин старческого возраста. Это можно объяснить двумя причинами: с одной стороны, у каждого пациента имеются индивидуальные особенности мышления, внимания и памяти. С другой стороны, познавательные функции в этом возрасте снижены, и для лучшего восприятия новой информации необходимо повторное объяснение.

В табл. 1-3 представлено влияние различных методик терапевтического обучения на уровень мотивации к лечению среди пациентов разных возрастных групп.

Анализ данных уровня мотивации показал, что во всех возрастных группах более 50% пациентов имели «низкий» и «ниже среднего» уровень мотивации.

Через 1 месяц после проведения предложенных моделей терапевтического обучения уровень мотивации повысился. Так, в группе пациентов среднего возраста уровень мотивации повысился во всех

Таблица 2. Влияние разных методик терапевтического обучения на уровень мотивации к лечению среди пациентов разных возрастных групп (n, %). Подгруппа В

Table 2. The effect of different therapeutic training methods on the level of motivation to treatment among patients of different age groups (n, %). Subgroup B

Уровень мотивации <i>Level of motivation</i>		Средний возраст <i>Middle age</i> n=35	Пожилой возраст <i>Elderly</i> n=55	Старческий возраст <i>Senile</i> n=33
До обучения <i>Before training</i>	выше среднего (менее 4 баллов) <i>above average</i> (less than 4 points)	5 (14,3%)	7 (12,7)	2 (6,1)
	средний (5-8 баллов) <i>average</i> (5-8 points)	8 (22,9%)	13 (23,6)	9 (27,3)
	ниже среднего (9-12 баллов) <i>below average</i> (9-12 points)	13 (37,1)	21 (38,2)	11 (33,3)
	низкий (13-16 баллов) <i>low</i> (13-16 ball)	9 (25,7)	14 (25,5)	11 (33,3)
Через 1 мес. после обучения <i>1 month</i> <i>after training</i>	выше среднего (менее 4 баллов) <i>above average</i> (less than 4 points)	10 (28,6)	8 (14,5)	4 (12,1)
	средний (5-8 баллов) <i>average</i> (5-8 points)	16 (45,7)	22 (40)	9 (27,3)
	ниже среднего (9-12 баллов) <i>below average</i> (9-12 points)	9 (25,7)	18 (32,7)	13 (39,4)
	низкий (13-16 баллов) <i>low</i> (13-16 ball)	0	6 (10,9)	7 (21,1)
Через 6 мес. после обучения <i>6 months</i> <i>after training</i>	выше среднего (менее 4 баллов) <i>above average</i> (less than 4 points)	8 (22,9)	6 (10,9)	2 (6,1)
	средний (5-8 баллов) <i>average</i> (5-8 points)	12 (34,3)	20 (36,3)	5 (15,2)
	ниже среднего (9-12 баллов) <i>below average</i> (9-12 points)	10 (28,6)	20 (36,3)	19 (57,6)
	низкий (13-16 баллов) <i>low</i> (13-16 ball)	5 (14,3)	9 (16,4)	7 (21,2)

подгруппах: в подгруппе А количество пациентов с уровнем мотивации «выше среднего» увеличилось в 3 раза и в 4 раза уменьшилось количество пациентов с «низким» уровнем мотивации, в подгруппе В в 2 раза увеличилось количество пациентов со «средним» и «выше среднего» уровнем мотивации и не наблюдалось пациентов с «низким»

уровнем мотивации. В подгруппе С наблюдалась значимая положительная динамика: в 2,4 раза увеличилось количество пациентов с уровнем мотивации «выше среднего», в 2 раза со «средним» уровнем; в 4 раза уменьшилось количество пациентов с уровнем мотивации «ниже среднего» и не зафиксировано пациентов с «низким» уровнем мотивации.

Таблица 3. Влияние разных методик терапевтического обучения на уровень мотивации к лечению среди пациентов разных возрастных групп (n, %). Подгруппа С  
 Table 3. The effect of different methods of therapeutic training on the level of motivation to treatment among patients of different age groups (n, %). Subgroup C

Уровень мотивации <i>Level of motivation</i>		Средний возраст <i>Middle age</i> n=35	Пожилой возраст <i>Elderly</i> n=55	Старческий возраст <i>Senile</i> n=33
До обучения <i>Before training</i>	выше среднего (менее 4 баллов) <i>above average</i> ( <i>less than 4 points</i> )	5 (14,3)	8 (14,5)	2 (6,1)
	средний (5-8 баллов) <i>average</i> (5-8 points)	10 (28,6)	14 (25,5)	13 (39,4)
	ниже среднего (9-12 баллов) <i>below average</i> (9-12 points)	12 (34,3)	22 (40,0)	10 (30,3)
	низкий (13-16 баллов) <i>low</i> (13-16 ball)	8 (22,9)	11 (20,0)	8 (24,2)
Через 1 мес. после обучения <i>1 month</i> <i>after training</i>	выше среднего (менее 4 баллов) <i>above average</i> ( <i>less than 4 points</i> )	12 (34,3)	17 (30,9)	11 (33,3)
	средний (5-8 баллов) <i>average</i> (5-8 points)	20 (57,1)	24 (43,6)	19 (57,6)
	ниже среднего (9-12 баллов) <i>below average</i> (9-12 points)	3 (8,6)	12 (21,8)	3 (9,1)
	низкий (13-16 баллов) <i>low</i> (13-16 ball)	0	2 (3,6)	0
Через 6 мес. после обучения <i>6 months</i> <i>after training</i>	выше среднего (менее 4 баллов) <i>above average</i> ( <i>less than 4 points</i> )	11 (31,4)	16 (29,1)	9 (27,3)
	средний (5-8 баллов) <i>average</i> (5-8 points)	19 (54,3)	24 (43,6)	17 (51,5)
	ниже среднего (9-12 баллов) <i>below average</i> (9-12 points)	5 (14,3)	12 (21,8)	5 (15,2)
	низкий (13-16 баллов) <i>low</i> (13-16 ball)	0	3 (5,6)	2 (6,1)

В группе пациентов пожилого возраста подгруппы А (самостоятельное изучение памяток) в 1,3 раза уменьшилось количество пациентов с «низким» уровнем мотивации и «ниже среднего», уровень мотивации «средний» и «выше среднего» изменился незначительно (в 1,2 раза). В подгруппе В, где проводились школы пациентов с глаукомой, отмечено

значительное уменьшение пациентов с «низким» (в 2,3 раза) и «ниже среднего» (в 1,2 раза) уровнем мотивации и увеличение количества пациентов со «средним» уровнем мотивации (в 1,7 раза). В подгруппе С (пациенты с индивидуальным консультированием) наблюдалось увеличение пациентов с уровнем мотивации «средний» (в 1,7) и «выше среднего» (в 2,1).

В подгруппе А и В среди пациентов старческого возраста значимых изменений зафиксировано не было. В подгруппе С наблюдалось уменьшение количества пациентов с уровнем мотивации «ниже среднего» (в 1,8 раза), а пациентов с «низким» уровнем мотивации не было. Одновременно отмечено увеличение количества пациентов с уровнем мотивации «средний» (в 1,7 раза) и «выше среднего» (в 2,1 раза).

Через 6 месяцев после проведения предложенных моделей терапевтического обучения уровень мотивации в подгруппах изменился различно. Так, в группе пациентов среднего возраста в подгруппе А наблюдалось увеличение количества пациентов с уровнем мотивации «ниже среднего» (в 2,3 раза), в подгруппе В отмечено увеличение количества пациентов с «низким» уровнем мотивации (в 5 раз). В подгруппе С значимой отрицательной динамики не зафиксировано.

В группе пациентов пожилого возраста подгруппы А и В наблюдался сдвиг уровня мотивации от «выше среднего» и «среднего» в сторону «низкого» и «ниже среднего» уровня мотивации. В подгруппе С значимых изменений не зафиксировано.

Среди пациентов старческого возраста в подгруппе А наблюдался сдвиг уровня мотивации в сторону «низкого» (в 1,4 раза). В подгруппе В наблюдалось уменьшение количества пациентов с уровнем мотивации «средний» (в 1,8 раза) и увеличение количества пациентов с уровнем мотивации «ниже среднего» (в 1,5 раза). В подгруппе С значимой отрицательной динамики не наблюдалось.

## Обсуждение

Полученные результаты позволяют сделать вывод о положительном влиянии терапевтического обучения больных глаукомой на уровень их мотивации к лечению. Эффективность такого метода терапевтического обучения, как самостоятельное изучение литературы, оказалась ниже, чем при обучении посредством лекционного курса и индивидуального консультирования. Уровень знаний пациента оказался недостаточным, чтобы самостоятельно разобраться в предлагаемой информации. Особенно это касается пациентов пожилого и старческого возраста. После самостоятельного изучения предложенной литературы уровень мотивации пациентов к лечению достоверно повысился только у пациентов среднего возраста сразу после проведения, в другие контрольные сроки исследования и у пациентов пожилого, и старческого возраста достоверных положительных изменений зафиксировано не было. Таким образом, терапевтическое

обучение с использованием специальной литературы пациентами не обеспечивает достаточного количества знаний и имеет низкую клиническую эффективность. Отсутствие положительной динамики уровня мотивации к лечению у лиц пожилого и старческого возраста говорит о том, что эта группа пациентов нуждается в особых подходах и периодическом обучении в отдельных группах.

Эффективность такого метода терапевтического обучения, как лекционный курс, оказалась выше по сравнению с самостоятельным изучением литературы. Так, доля больных с уровнем мотивации «выше среднего» и «средний» достоверно увеличилась и при этом достоверно уменьшилась доля пациентов с «низким» уровнем мотивации.

Достижение достоверных стойких (до 6 месяцев) положительных изменений уровня мотивации отмечено при углубленном индивидуальном консультировании на основе активного вовлечения пациента в терапевтический аспект, особенно в группах пожилого и старческого возраста. Пациент становится активным участником процесса лечения и может осознать, что для стабилизации заболевания необходимо и постоянное лечение. При этом пациенту предлагается ощутить меру ответственности за собственное здоровье, а также понять, что его здоровье находится в «его руках». При этом он начнет действовать совместно с врачом, выполняя предписанные им рекомендации и назначения. Углубленное профилактическое консультирование относится к индивидуальному консультированию, более развернуто и детализировано, способствует открытому сотрудничеству врача и пациента, свободному обсуждению всех возможных аспектов лечения (не только медикаментозного), особенностей и затруднений, возникающих в ходе лечения. Результатом этого является понимание пациентом своей болезни и ее последствий, принятие угрозы зрительным функциям, понимание выгоды лечения, наличие мотивации к лечению, что способствует длительному и регулярному лечению.

## Выводы

Для пациентов с ПОУГ характерен «низкий» и «ниже среднего» уровень мотивации. Предложенная модель терапевтического обучения позволила повысить уровень мотивации к лечению пациентов с ПОУГ, особенно пожилого и старческого возраста. Обучение пациентов пожилого и старческого возраста целесообразно проводить в виде индивидуальных занятий или в отдельных группах с использованием активного амбулаторного мониторинга.

## Литература

1. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Мещерякова Н.Н. Пути повышения кооперативности больных бронхиальной астмой. Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2001; 6:25–28.
2. Толковый словарь русского языка» под редакцией Д.Н. Ушакова (1935-1940); (электронная версия): Фундаментальная электронная библиотека. <http://feb-web.ru/feb/ushakov/ush-abc/16/us376907.htm?cmd=0&istext=1>
3. Мачильская О.В. Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (обзор литературы). Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2016; 3:55-65.
4. Кадиров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности»: Монография. Владивосток: Мор. гос. ун-т; 2014. 74 с.
5. Домбровский В.С., Омеляновский В.В. Вопросы изучения приверженности лечению: критерии оценки и терминология. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2015; 2(20):16-23.
6. Jin J., Sklar G.E., Oh M.N.S, Li S.C. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.* 2008; 4(1):269–286. doi:10.2147/TCRM.S1458
7. Paschal A.M., Hawley S.R., Romain T.S. et al. Measures of adherence to epilepsy treatment: review of present practices and recommendations for future directions. *Epilepsia.* 2008; 149(7):1115–1122. doi:10.1111/j.1528-1167.2008.01645.x
8. Фирсова Л.Д., Калашникова Н.Г., Котельникова А.В., Комиссаренко И.А. Приверженность к лечению больных хроническими заболеваниями органов пищеварения. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2011; 8:34-37.
9. Каграманян И.Н. Значение комплаенса в повышении качества медицинской помощи. *Ремедиум.* 2015; 5:25-29.
10. Егоров И.В. Современные подходы к антиоксидантной поддержке пациентов с сердечно-сосудистой патологией. *Кардиология.* 2008; 2:24-28.
11. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции. *Артериальная гипертензия.* 2004; 3:137-143.
12. Ощепкова Е.В., Исаева Л.Г. Низкая приверженность больных артериальной гипертензией к лечению: подходы к ее улучшению. *Кардиология.* 2003; 3:33-36.
13. Ушакова С.Е., Концевая А.В., Княжевская О.В., Концевая Т.Б., Назарова О.А., Калинина А.М. Эффект терапевтического обучения пациентов с артериальной гипертензией на приверженность лечению. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2005; 4(1):32-35.
14. Нестеров А.П. Глаукома. М.: Медицинское информационное агентство; 2008. 360 с.
15. Либман Е.С., Шахова Е.С. Слепота и инвалидность по зрению в населении России. VIII Всесоюз. съезд офтальмологов. Тезисы докладов. М.; 2005: 78-79.
16. Макогон С.И., Макогон А.С., Чечулина С.В. Состояние и динамика первичной и повторной инвалидности вследствие глаукомы взрослого населения Алтайского края. *Национальный журнал глаукома.* 2015; 3:30-38.
17. Симонов П.В. Мотивированный мозг. М.: Наука; 1987. 267 с.
18. Цветкова Р.И. Мотивационная сфера личности. Хабаровск: Изд-во ХГПУ; 2000. 102 с.
19. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер; 2003. 512 с.
20. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. М.: Владос; 1999. 512 с.
21. Немов Р.С. Психология: Словарь-справочник: В 2 ч. М.: Изд-во Владос-Пресс, 2003. Ч. 1. 304 с.
22. Дюжева О.А. Педагогические условия формирования мотивации школьников на уроках русского языка и литературы. *Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова.* 2009; 3:478-480.
23. Цветкова Р.И. Мотивационная сфера личности студента: условия и средства ее формирования. *Психологическая наука и образование.* 2006; 4:76-80.
24. Андруник А.П., Безматерных А.Н. Военно-профессиональная мотивация как основа для решения задач в воинском воспитании. *Современные проблемы науки и образования.* 2013; 3. Электронный ресурс: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=9565> (дата обращения: 16.06.2019).

## References

1. Senkevich N.Yu., Belevsky A.S., Meshcheryakova N.N. Ways to increase the cooperativity of patients with bronchial asthma. *Atmosphere. Pulmonology and allergology.* 2001; 6:25–28. (In Russ.).
2. The Explanatory Dictionary of the Russian Language. Ed. by D.N. Ushakov (1935-1940); (electronic version): *Fundamental electronic library.* (In Russ.). <http://feb-web.ru/feb/ushakov/ush-abc/16/us376907.htm?cmd=0&istext=1>
3. Machilskaya O.V. Factors determining adherence to treatment of patients with arterial hypertension (literature review). *Cardiology and cardiovascular surgery.* 2016; 3:55-65. (In Russ.).
4. Kadyrov R.V. Asriyan O.B., Kovalchuk S.A. Opornik «Uroven' komp-laentnosti»: monografiya [Compliance Questionnaire: monograph]. Vladivostok: Mor. State University, 2014. 74 p. (In Russ.).
5. Dombrovsky V.S., Omelyanovsky V.V. Study adherence issues: assessment criteria and terminology. *Medical technology. Evaluation and selection.* 2015; 2(20):16-23. (In Russ.).
6. Jin J., Sklar G.E., Oh M.N.S, Li S.C. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.* 2008; 4(1):269–286. doi:10.2147/TCRM.S1458
7. Paschal A.M., Hawley S.R., Romain T.S. et al. Measures of adherence to epilepsy treatment: review of present practices and recommendations for future directions. *Epilepsia.* 2008; 149(7):1115–1122. doi:10.1111/j.1528-1167.2008.01645.x
8. Firsova L.D., Kalashnikova N.G., Kotelnikova A.V., Komissarenko I.A. Adherence to the treatment of patients with chronic diseases of the digestive system. *Experimental and clinical gastroenterology.* 2011; 8:34-37. (In Russ.).
9. Kagramanyan I.N. Compliance value in improving the quality of medical care. *Remedium.* 2015; 5:25-29. (In Russ.).
10. Yegorov I.V. Modern approaches to the antioxidant support of patients with cardiovascular pathology. *Cardiology.* 2008; 2:24-28. (In Russ.).
11. Konradi A.O., Polunicheva E.V. Insufficient adherence to the treatment of arterial hypertension: causes and ways of correction. *Arterial hypertension.* 2004; 3:137-143. (In Russ.).
12. Oshchepkova E.V., Isaeva L.G. Low adherence of patients with arterial hypertension to treatment: approaches to its improvement. *Cardiology.* 2003; 3:33-36. (In Russ.).
13. Ushakova S.E., Kontsevaya A.V., Knyazhevskaya O.V., Kontsevaya T.B., Nazarova O.A., Kalinina A.M. The effect of therapeutic training for patients with arterial hypertension on adherence to treatment. *Cardiovascular therapy and prevention.* 2005; 4(1):32-35. (In Russ.).
14. Nesterov A.P. Glaucoma. M.: Medical Information Agency; 2008. 360 p. (In Russ.).
15. Libman E.S., Shakhova E.S. Blindness and visual disability in the population of Russia. VIII All-Union. congress of ophthalmologists: Abstracts. M.; 2005: 78-79. (In Russ.).
16. Makogon S.I., Makogon A.S., Chechulina S.V. The state and dynamics of primary and repeated disability due to glaucoma of the adult population of the Altai Territory. *National J Glaucoma.* 2015; 3:30-38. (In Russ.).
17. Simonov P.V. Motivirovannyi mozg. [Motivated brain]. M.: Science; 1987. 267 p. (In Russ.).
18. Tsvetkova R.I. Motivatsionnaya sfera lichnosti [Motivational sphere of personality]. Khabarovsk: Publishing house of KhSPU; 2000. 102 p. (In Russ.).
19. Ilyin E.P. Motivatsiya i motivy [Motivation and motives]. Sanct-Peterburg: Peter, 2003. 512 p. (In Russ.).
20. Shevandrin N.I. Psikhodiagnostika, korrektsiya i razvitie lichnosti [Psychodiagnosics, correction and personality development]. Moscow: Vlados; 1999. 512 p. (In Russ.).
21. Nemov R.S. Psikhologiya [Psychology: Vocabulary: In 2 parts]. Moscow: Izd-vo VLADOS-PRESS, 2003. H 1. 304 p.
22. Dyuzheva O.A. Pedagogical conditions for the formation of school-children's motivation in the Russian language and literature classes. *Bulletin of KSU name's N.A. Nekrasov.* 2009; 3:478-480. (In Russ.).
23. Tsvetkova R.I. Motivational sphere of a student's personality: conditions and means of its formation. *Psychological Science and Education.* 2006; 4:76-80. (In Russ.).
24. Andrunik A.P., Bezmaternyh A.N. Military professional motivation as a basis for solving problems in military education. *Modern problems of science and education.* 2013; 3. (In Russ.). Electronic resource: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=9565> (appeal date: 16/06/2019).

25. Волков И.П. Спортивная психология в трудах зарубежных специалистов. М.: Советский спорт; 2005. 286 с.
26. Ильинский С.В. Особенности мотивации спортсменов в различных видах спорта. *Вестник Самарской гуманитарной академии*. 2013; 1(13):75-83.
27. Квитчастый А.В., Бочавер К.А. К вопросу о диагностике спортивной мотивации: адаптация опросника «Sport motivation scale». *Спортивный психолог*. 2012; 1:38-43.
28. Основы общей психологии: Курс лекций. Под ред. Б.Г. Ананьева. СПб.: Речь; 2008. 67 с.
29. Боговин Л.В., Перельман Ю.М., Колосов В.П. Психологические особенности больных бронхиальной астмой. Владивосток: Дальнаука; 2013. 248 с.
30. Ушкалова А.В. Депрессия у соматических больных. *Трудный пациент*. 2006; 1:44-49.
31. Бергфельд А.Ю., Дамаскина М.В., Игнатова Е.С. Мотивация к лечению и жизненные ценности пациентов онкологического профиля. *Здоровье и образование в XXI веке*. 2018; 20(6):66-71. doi:10.26787/nydha-2226-7417-2018-20-6-66-71
32. Онищенко А.Л., Лихачева И.Г., Ткачев В.А., Пластинина С.Л. Изучение факторов недостаточной приверженности к лечению больных первичной глаукомой. *Глаукома*. 2009; 3:32-34.
33. Алексеев В.Н., Малеванная О.А., Надер С. Анализ основных причин прогрессирования первичной открытоугольной глаукомы. *Офтальмологические ведомости*. 2011; 2:31-34.
34. Казанова С.Ю., Страхов В.В. Комплайнс. Взгляд на проблему с другой стороны. *Глаукома*. 2012; 3:58-60.
35. Козина Е.В. Психологическая характеристика больных первичной открытоугольной глаукомой. *Вестник офтальмологии*. 2002; 3:37-40.
36. Шабанова А.С. Мотивация к лечению у пациентов с различными соматическими заболеваниями. *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2015; 57:130-137.
37. Боговин Л.В. Некоторые особенности психологического портрета больных бронхиальной астмой. *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2005; 20:26-30.
38. Кобалава Ж.Д., Виллевалде С.В., Исикова Х.В. Повышение приверженности и мотивации к антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией с помощью образовательных программ и рационального применения ингибитора ангиотензинпревращающего фермента периндоприла. Результаты исследования ПРИЗМА. *Кардиология*. 2010; 11:17-26.
39. Олейник О.И., Коровкина А.Н., Кубышкина К.П. Способ повышения мотивации пациентов с начальными формами воспалительных заболеваний пародонта к проведению лечебно-профилактических мероприятий. *Вестник новых медицинских технологий*. 2013; 1: электронный журнал. <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4351.pdf>
40. Семенова Н.Д. Повышение уровня мотивации при шизофрении: использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012; 1(22):80-87.
41. Штрахова А.В., Арсланбекова Э.В. Мотивационный компонент внутренней картины болезни как фактор приверженности к терапии у больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой. *Вестник ЮУрГУ*. 2011; 29:82-89.
25. Volkov I.P. Sportivnaya psikhologiya v trudakh zarubezhnykh spetsialistov [Sports psychology in the works of foreign experts]. M.: Soviet Sport; 2005. 286 c. (In Russ.).
26. Ilinsky S.V. Features of the motivation of athletes in various sports. *Bulletin of the Samara Humanitarian Academy*. 2013; 1(13):75-83. (In Russ.).
27. Kvitchasty A.V., Bochiver K.A. On the question of the diagnosis of sports motivation: adaptation of the questionnaire «Sport motivation scale». *Sports psychologist*. 2012; 1:38-43. (In Russ.).
28. Osnovy obshchei psikhologii [Fundamentals of General Psychology: Course of lectures]. Ed. B.G. Ananyev. SPb.: Speech; 2008. 67 p.
29. Bogovin L.V., Perelman Yu.M., Kolosov V.P. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh bronkhial'noi astmoi [Psychological features of patients with bronchial asthma: monograph]. Vladivostok: Dalnauka; 2013. 248 p. (In Russ.).
30. Ushkalova A.V. Depression in somatic patients. *Difficult patient*. 2006; 1:44-49. (In Russ.).
31. Bergfeld A.Yu., Damaskina M.V., Ignatova E.S. Treatment motivation and life values of cancer patients. *Health and education in the 21st century*. 2018; 20(6):66-71. (In Russ.). doi:10.26787/nydha-2226-7417-2018-20-6-66-71
32. Onishchenko A.L., Likhacheva I.G., Tkachev V.A., Plastinina S.L. The study of the factors of insufficient adherence to the treatment of patients with primary glaucoma. *Glaucoma*. 2009; 3:32-34. (In Russ.).
33. Alekseev V.N., Malevannaya O.A., Nader S. Analysis of the main causes of progression of primary open-angle glaucoma. *Ophthalmological statements*. 2011; 2:31-34. (In Russ.).
34. Kazanova S.Yu., Strakhov V.V. Compliance. A look at the problem from the other side. *Glaucoma*. 2012; 3:58-60. (In Russ.).
35. Kozina E.V. Psychological characteristics of patients with primary open-angle glaucoma. *Bulletin of Ophthalmology*. 2002; 3:37-40. (In Russ.).
36. Shabanova A.S. Motivation for treatment in patients with various somatic diseases. *Bulletin of physiology and pathology of respiration*. 2015; 57:130-137. (In Russ.).
37. Bogovin L.V. Some features of the psychological portrait of patients with bronchial asthma. *Bul fiziol and patol breathing*. 2005; 20:26-30. (In Russ.).
38. Kobalava Z.D., Villevalde S.V., Isikova H.V. Increased commitment and motivation for antihypertensive therapy in patients with arterial hypertension with the help of educational programs and the rational use of the angiotensin-converting enzyme inhibitor perindopril. The results of the study PRISM. *Cardiology*. 2010; 11:17-26. (In Russ.).
39. Oleinik O.I., Korovkina A.N., Kubyshkina K.P. A way to increase the motivation of patients with the initial forms of inflammatory periodontal diseases for treatment and prophylactic measures. *Bulletin of new medical technologies*. 2013; 1: Electronic Journal. (In Russ.). <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4351.pdf>
40. Semenova N.D. Increased motivation for schizophrenia: the use of internal reinforcing properties of cognitive stimulation. *Social and clinical psychiatry*. 2012; 1(22):80-87. (In Russ.).
41. Strakhova A.V., Arslanbekova E.V. Motivational component of the internal picture of the disease as a factor of adherence to therapy in patients with somatic diseases with vital threat. *Bulletin of SUSU*. 2011; 29:82-89. (In Russ.).

Поступила / Received / 10.07.2019