

Банин И. Н.¹, Черкасов С. Н.^{2,3}

МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ)

¹Министерство здравоохранения Воронежской области, 394006, г. Воронеж;

²ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет» Минобрнауки России, 129226, г. Москва;

³ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Роль пациента, особенно на ранних стадиях развития болезни, является определяющей по отношению к исходу заболевания, поэтому крайне важно анализировать типичные и отклоняющиеся формы его поведения при взаимодействии с системой здравоохранения. Цель исследования — выполнить анализ моделей поведения пациентов с болезнями органов пищеварения при взаимодействии с системой здравоохранения.

Для проведения анализа были сформированы три группы сравнения. Первая включала пациентов, проходящих плановое лечение в амбулаторных условиях (n=531), вторая — пациентов, проходящих плановое лечение в стационарных условиях (специализированное гастроэнтерологическое отделение; n=822), третья — пациентов, поступивших на стационарное лечение в Больницу скорой медицинской помощи в экстренном порядке (n=147) по поводу осложнений основного заболевания (патология органов пищеварения). Сравнение групп проводили с использованием непараметрических критериев: коэффициента ассоциации (K_{ass}) и критерия χ^2 (хи-квадрат).

Установлено, что при выборе врача наиболее часто используемый пациентами источник информации — это отзывы тех, кто уже лечился у данного врача. Во всех трех группах этот источник информации был наиболее часто используемым. Вторым по частоте использования — это предшествующий собственный опыт обращения к этому врачу. В качестве третьего по рангу значимости критерия пациенты называли собственное мнение. При этом достоверных различий в использовании источников информации пациентами, включенными в первую и вторую группы, выявлено не было. Существенные различия в моделях поведения выявлены в отношении пациентов третьей группы, что сильно влияет на вероятность развития осложнений, требующих экстренной госпитализации. Главным критерием выбора медицинской организации при наличии такой возможности является наличие в ней грамотных специалистов, что расценивается значительно выше, чем хорошая репутация медицинской организации. Важное значение для пациентов имеет и географическая доступность, особенно для получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Специфические особенности моделей поведения пациентов каждой группы должны определять и другие общие характеристики поведения, связанные со взаимодействием пациента и системы здравоохранения.

Ключевые слова: пациенты; система здравоохранения; модели поведения пациента.

Для цитирования: Банин И. Н., Черкасов С. Н. Модели поведения пациентов при взаимодействии с системой здравоохранения (на примере болезней органов пищеварения). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):401—405. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-401-405>

Для корреспонденции: Черкасов Сергей Николаевич, д-р мед наук, директор Медицинской высшей школы (институт), ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет» Минобрнауки России, e-mail: cherkasovsn@mail.ru

Banin I. N.¹, Cherkasov S. N.^{2,3}

THE MODELS OF BEHAVIOR OF PATIENTS UNDER INTERACTION WITH HEALTH CARE SYSTEM AS EXEMPLIFIED BY DIGESTIVE APPARATUS DISEASES

¹The Ministry of Health Care of the Voronezh Oblast, 394006, Voronezh, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian State Social University” of the Minobnauka of Russia, 129226, Moscow, Russia;

³N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The role of patient, especially at early stages of disease, is decisive one in relation to disease outcome. Therefore, it is extremely important to analyze typical and deviant forms of one's behavior in interaction with health care system. The purpose of the study is to analyze models of behavior of patients with diseases of digestive system in interaction with the health care system.

Three comparison groups were formed for analysis. The first one included patients undergoing planned out-patient treatment (n=531), the second one — patients undergoing planned in-patient treatment (specialized Gastroenterology Department) (n=822). The third one — patients admitted for in-patient treatment at the Emergency Medical Care Hospital on emergency basis (n=147) on account of complications of primary disease (pathology of digestive organs). The groups were compared using such non-parametric criteria as the association coefficient (C_{ass}) and the χ^2 criterion.

It is established that at choosing physician, the most frequently used source of information by patients is opinions of ones who have already was treated by particular physician. In all three groups, this source of information was used most frequently. The second source most frequently used was one's own previous experience of visiting this physician. The third most important criterion of choice was patient own opinion. At that, no reliable differences in using of information sources by patients included in first and second groups were found. The significant differences in behavior models were found among patients of third group that significantly affects possibility of complications requiring emergency hospitalization. The main criterion for choosing medical organization, if such an opportunity exists, is availability of competent specialists that is considered much more important than good reputation of medical organization. The geographical accessibility is also of great importance for patients, especially for ones receiving medical care in out-patient conditions.

The specific characteristics of the models of behavior patterns of patients in each group should to determine other general characteristics of behavior associated with interaction of patient and the health care system.

Key words: patient; health care system; behavior; model.

For citation: Banin I. N., Cherkasov S. N. The models of behavior of patients under interaction with health care system as exemplified by digestive apparatus diseases. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):401–405 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-401-405>

For correspondence: Cherkasov S. N., doctor of medical sciences, the Director of the Medical Higher School (Institute) of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian State Social University” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: cherkasovsn@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 22.06.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Продолжительность заболевания, госпитализация, последствия операции, потеря социального статуса, изоляция пациента от привычного окружения разрушают привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяют систему ценностей, существенно перестраивая личность больного, и ставят его перед многочисленными проблемами адаптации к новым условиям жизни [1–5].

При этом роль пациента, особенно на ранних стадиях развития болезни, является определяющей, поэтому в задачи настоящего исследования было включено проведение анализа поведения пациента (его типичных форм поведения) по отношению к взаимодействию с системой здравоохранения.

Понятие «модели поведения пациента» (при взаимодействии его с системой здравоохранения) было введено в лексикон специалистов в области общественного здоровья совсем недавно [6–8]. Под этим термином понимают характерные способы реагирования пациента (потенциального пациента) на стандартные ситуации, такие как причина (повод) для обращения за медицинской помощью, выбор медицинской организации и врача (при наличии такой возможности), отношение к соблюдению назначений врача, использование практики самолечения, поддержание контакта с лечащим врачом. Иными словами, именно поведение пациента определяет точность и правильность выполнения назначений и рекомендаций врача, а также своевременность обращения за медицинской помощью [9, 10].

Цель исследования — выполнить анализ моделей поведения пациентов с болезнями органов пищеварения при взаимодействии с системой здравоохранения.

Материалы и методы

В соответствии с задачами настоящего исследования был проведен анализ моделей поведения пациентов с болезнями органов пищеварения, связанных со взаимодействием с системой здравоохранения. В качестве характерных признаков таких моделей рассматривали критерии и источники информации, используемые при выборе врача и медицинской организации (при наличии такой возможности), отношение к соблюдению назначений врача, использование практики самолечения, поддержание контакта с лечащим врачом.

Для проведения анализа были сформированы три группы сравнения. Первая включала пациентов, проходящих плановое лечение в амбулаторных условиях ($n=531$), вторая — пациентов, проходящих плановое лечение в стационарных условиях (специализированное гастроэнтерологическое отделение; $n=822$), третья — пациентов, поступивших на стационарное лечение в Больницу скорой медицинской помощи в экстренном порядке ($n=147$) по поводу осложнений основного заболевания (патология органов пищеварения). Различались сравниваемые группы технологией наблюдения и лечения, т. е. организацией лечебно-диагностического процесса. В первой и второй группах лечение было плановым, различия заключались в условиях — амбулаторных или стационарных, тогда как в третьей группе пациенты проходили лечение в стационарных условиях, но поступали в стационар в экстренном порядке. Итого в исследование было включено 1500 пациентов. Данные о моделях поведения получены в процессе опроса. Сравнение групп проводили с использованием непараметрических критериев: коэффициента ассоциации (K_{acc}) и критерия χ^2 . Анализ критериев осуществляли с использованием стандартных подходов.

Результаты исследования

В результате исследования получены данные о том, что при выборе врача наиболее часто используемый пациентами источник информации — это отзывы тех, кто уже лечился у данного врача. В пользу такого источника высказались 35,1 на 100 опрошенных пациентов, включенных в первую группу, 36,3 включенных во вторую группу и 47,2 включенных в третью группу. Во всех группах этот источник информации является наиболее часто используемым. Полученные данные свидетельствуют о некотором преобладании этого источника среди пациентов третьей группы, однако достоверных различий выявлено не было ($K_{acc}=-0,24$; $\chi^2=2,32$; $p>0,05$ между первой и третьей группами и $K_{acc}=-0,23$; $\chi^2=2,21$; $p>0,05$ между второй и третьей группами).

Второй по частоте использования источник информации — это предшествующий собственный опыт обращения к этому врачу. Так считали 33,5 на 100 опрошенных пациентов, включенных в первую группу, 35,1 включенных во вторую группу и 29,4 включенных в третью группу. И в данном случае достоверных различий между группами не наблюдалось ($p>0,05$).

Здоровье и общество

Данные об источниках информации, используемых пациентами при выборе врача при наличии такой возможности, — источники «второй линии» (на 100 опрошенных пациентов в каждой исследованной группе)

Источник информации «второй линии»	Группа			Различия между группами
	первая	вторая	третья	
Средства массовой информации	4,1	4,2	8,2	** , ***
Реклама	4,2	3,1	0,0	** , ***
Отзывы в интернете	16,4	15,5	10,3	Нет достоверных различий
Рейтинг на сайте медицинской организации	9,3	8,3	0,0	** , ***
Другие врачи	9,6	10,1	4,4	** , ***

Примечание. *Наличие достоверных различий между первой и второй группами; **наличие достоверных различий между первой и третьей группами; ***наличие достоверных различий между второй и третьей группами.

В качестве третьего по рангу значимости критерия пациенты называли собственное мнение. Так считали по 24,1 на 100 опрошенных, включенных в первую и вторую группы, и только 8,3 на 100 опрошенных, включенных в третью группу. В данном случае различия между группами были достоверными ($K_{acc}=0,56$; $\chi^2=6,21$; $p<0,05$).

Следовательно, три главных критерия выбора врача основываются на субъективной информации, полученной либо самостоятельно, либо от других пациентов, причем последний источник является приоритетным. Такие источники можно рассматривать как источники «первой линии». Совокупно они являются важными для 92,4 пациента на 100 опрошенных, включенных в первую группу, 95,3 включенных во вторую группу и 86,6 включенных в третью группу. Структура важности указанных источников одинакова в первой и во второй группах и несколько отличается у пациентов третьей группы, которые меньше доверяют собственному мнению и больше доверяют отзывам других пациентов. Такой подход может выделять и повышенную склонность пациентов третьей группы к использованию советов окружающих (не специалистов), фармацевтов в аптеках при покупке лекарственных препаратов. Возможно, что такое отношение к источникам получения информации, которая в данном случае по определению не может являться адекватной, повышает степень тяжести имеющихся заболеваний и вероятность развития осложнений патологического процесса.

Данные о других критериях и источниках информации представлены в таблице.

Из информации, представленной в таблице, следует, что достоверных различий в использовании источников информации пациентами, включенными в первую и во вторую группы, выявлено не было. Это косвенно свидетельствует об отсутствии влияния особенностей их модели поведения на выбор места оказания медицинской помощи (амбулаторные или стационарные условия), тогда как она сильно влияет на вероятность развития осложнений, требующих экстренной госпитализа-

ции (пациенты, включенные в третью группу сравнения).

Следующей характеристикой модели поведения, подвергнутой анализу, стали критерии выбора медицинской организации при наличии такой возможности. Наиболее важным критерием выбора медицинской организации для пациента является наличие в штате организации грамотных специалистов. Среди пациентов первой группы 45,1 на 100 опрошенных придерживались этого мнения, среди пациентов второй группы — 51,6 и среди пациентов третьей группы — 47,4, достоверных различий между группами не было ($p>0,05$). Однако не во всех сравниваемых группах он занимал приоритетное место. Так, среди пациентов первой группы (степень тяжести заболевания минимальна) первое иерархическое место принадлежало другому критерию — близости медицинской организации к месту проживания пациента (55,1 на 100 опрошенных). Следует также отметить, что пациенты первой группы получали медицинскую помощь в амбулаторных условиях и близость медицинской организации (места получения медицинской помощи) для них была принципиальной. В итоге они более ценили критерий «географической доступности», чем наличие грамотных специалистов.

Для пациентов второй группы (лечение в стационарных условиях) критерий «географической доступности» теоретически был уже не так важен, что и подтверждено в ходе настоящего исследования. Только 48,2 на 100 опрошенных отметили важность для себя этого критерия, и они отнесли его на второе место. Еще меньшее значение этот критерий имел для пациентов третьей группы (экстренно госпитализированные по поводу осложнений основного заболевания): только 40,4 на 100 опрошенных считали этот критерий важным для себя.

На третьем месте в иерархии критериев для пациентов первой группы была хорошая репутация медицинской организации (24,2 на 100 опрошенных). Логично предположить, что репутацию медицинской организации формируют специалисты, которые работают в этой организации, но такие совпадения наблюдались не всегда. В первой группе такие совпадения наблюдались только у каждого четвертого пациента, указавшего, что ему важно наличие грамотных специалистов в медицинской организации (11,8 на 100 опрошенных). Следовательно, большинство пациентов различают два понятия — «наличие в медицинской организации грамотных специалистов» и «хорошая репутация медицинской организации». Более важным для них является наличие специалистов, а не репутация медицинской организации в целом.

Для пациентов второй группы хорошая репутация медицинской организации также располагалась на третьем месте (27,3 на 100 опрошенных), они также разделяли два понятия — «наличие в медицинской организации грамотных специалистов» и «хорошая репутация медицинской организации». Более важным для них является наличие специалистов, а

не репутация медицинской организации в целом. Совпадение наблюдались только у 15,1 на 100 опрошенных, т. е. $\frac{1}{3}$ тех, кто указал на важность наличия в медицинской организации грамотных специалистов. Для пациентов третьей группы хорошая репутация медицинской организации была важна в меньшей степени, чем для пациентов первой и второй групп (14,9 на 100 опрошенных).

Четкая организация работы и одна из характеристик такой организации — отсутствие очередей на прием — практически совпадали между собой, по мнению опрошенных пациентов. Наиболее важно это было для пациентов первой и второй групп (17,1 и 17,3 на 100 опрошенных пациентов первой группы и 17,1 и 20,4 на 100 опрошенных пациентов второй группы соответственно). Для пациентов третьей группы этот критерий не имел такого значения (7,1 и 8,3 на 100 опрошенных пациентов третьей группы соответственно).

Относительная дешевизна медицинских услуг, как представляется на первый взгляд, должна больше интересовать пациентов, получающих амбулаторное лечение, поскольку платные услуги по большей части они получают в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Однако это меньше всего интересовало именно пациентов первой группы (4,1 на 100 опрошенных), тогда как пациенты, проходящие лечение в стационарных условиях, указывали на этот критерий гораздо чаще (13,4 на 100 опрошенных), а наиболее часто на него указывали пациенты третьей группы (25,7 на 100 опрошенных).

Такие данные можно объяснить тем, что пациенты выстраивают шкалу приоритетов не только для настоящего времени и для текущего состояния, но и на основании всего опыта общения с медицинскими организациями. Пациенты, которые считали для себя критерий дешевизны платных услуг важным, старались избегать медицинских организаций, где такое услуги стоили дорого (по их субъективным представлениям) или вообще отказывались от получения таких услуг, т. е. пациенты третьей группы не могли себе позволить платные медицинские услуги в том же объеме, что и пациенты первой и второй групп. В итоге объем оказанной медицинской помощи в отношении них мог быть ниже, что, наряду с другими факторами, повышало вероятность развития осложнений основного заболевания и госпитализации в экстренном порядке.

Заключение

Пациенты третьей группы меньше доверяют собственному мнению и больше доверяют отзывам других пациентов, т. е. не специалистов, и меньше прислушиваются к мнению врачей. Такие специфические особенности модели поведения пациентов, включенных в третью группу, должны определять и другие характеристики модели поведения, связанные со взаимодействием с системой здравоохранения.

Главным критерием выбора медицинской организации при наличии такой возможности является наличие в ней грамотных специалистов (так считают до половины опрошенных пациентов), что расценивается гораздо выше, чем хорошая репутация медицинской организации (на это указали только $\frac{1}{4}$ опрошенных). Существенна для пациентов и географическая доступность, особенно для получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Четкая организация работы и одна из характеристик такой организации — отсутствие очередей на приеме — больше интересовала пациентов первой и второй групп, тогда как у пациентов третьей группы этот критерий практически не вызывал интереса, их больше интересовала дешевизна оказываемых платных медицинских услуг.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глухова Е. И., Шкляев А. Е., Максимов К. В., Бессонов А. Г. Качество жизни и уровень тревожности гастроэнтерологических пациентов. В сб.: Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 30 марта 2020 г. СПб.; 2020. С. 90—6.
2. Ревель-Муроз Ж. А., Головнева Е. С., Кравченко Т. Г. Оценка качества жизни больных хроническим фиброзным панкреатитом после лазерной туннелизации поджелудочной железы. *Лазерная медицина*. 2021;25(S3):26.
3. Галимов О. В., Ханов В. О., Сагаев В. У. К вопросу о хирургической коррекции эвакуаторных нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2022;202(6):127—30.
4. Парфенов А. И. Боль в животе. *Терапевтический архив*. 2023;95(2):113—9.
5. Abdurakhmanov D. Sh., Rakhmanov K. E., Davlatov S. S., Hidirov Z. E. Quality of life of patients before and after surgical treatment of diffuse toxic goiter. *Вестник науки и образования*. 2021;106(3-2):80—7.
6. Черкасов С. Н., Горбунов А. Л., Федяева А. В. Влияние уровня образования на модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2022;9(123):1—5.
7. Камаев Ю. О., Черкасов С. Н., Федяева А. В., Мартыросов А. В. Модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью пациентов с разным уровнем располагаемого дохода. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина*. 2023;18(1):70—8.
8. Genovese U., Del Sordo S., Casali M. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *J. Global Health*. 2017;7(1):010301.
9. Келасев В. Н., Первова И. Л., Полуэктова Н. М. Концепция человека: социальные и субъективные детерминанты здоровья. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика*. 2016;(1):15—26.
10. Missinne S., Meuleman B., Bracke P. The popular legitimacy of European healthcare systems: a multilevel analysis of 24 countries. *J. Eur. Soc. Policy*. 2013;(23):231—47.

Поступила 22.06.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Glukhova E. I., Shklyayev A. E., Maksimov K. V., Bessonov A. G. Quality of life and anxiety level of gastroenterologi-

Здоровье и общество

- cal patients. In: Population health and quality of life: electronic collection of materials of the VII All-Russian with international participation correspondence scientific and practical conference, St. Petersburg, March 30, 2020. Vol. 1. St. Petersburg; 2020. P. 90–6 (in Russian).
2. Revel-Muroz Zh. A., Golovneva E. S., Kravchenko T. G. Assessment of the quality of life of patients with chronic fibrous pancreatitis after laser tunnelization of the pancreas. *Laser Medicine*. 2021;25(S3):26 (in Russian).
 3. Galimov O. V., Khanov V. O., Satayev V. U. On the issue of surgical correction of evacuation disorders of the upper gastrointestinal tract. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2022;202(6):127–30 (in Russian).
 4. Parfenov A. I. Abdominal pain. *Therapeutic Archive*. 2023;95(2):113–9 (in Russian).
 5. Abdurakhmanov D. Sh., Rakhmanov K. E., Davlatov S. S., Hidirov Z. E. Quality of life of patients before and after surgical treatment of diffuse toxic goiter. *Bulletin of Science and Education*. 2021;106(3-2):80–7.
 6. Cherkasov S. N., Gorbunov A. L., Fedyeva A. V. The influence of the level of education on behavior patterns associated with seeking medical care. *International Research Journal*. 2022;9(123):1–5 (in Russian).
 7. Kamaev Yu. O., Cherkasov S. N., Fedyeva A. V., Martirosov A. V. Behavior patterns associated with seeking medical care by patients with different levels of disposable income. *Bulletin of St. Petersburg University. Medicine*. 2023;18(1):70–8 (in Russian).
 8. Genovese U., Del Sordo S., Casali M. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *J. Global Health*. 2017;7(1):010301.
 9. Kelasyev V. N., Pervova I. L., Poluektova N. M. The concept of man: social and subjective determinants of health. *Bulletin of St. Petersburg University. Series 12. Psychology. Sociology. Pedagogy*. 2016;(1):15–26 (in Russian).
 10. Missinne S., Meuleman B., Bracke P. The popular legitimacy of European healthcare systems: a multilevel analysis of 24 countries. *J. Eur. Soc. Policy*. 2013;(23):231–47.