

DOI: 10.17650/1683-3295-2021-23-4-50-60



# ВСПОМИНАЯ, ЧТО СКАЗАЛ ВРАЧ: КАК МНОГО МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ВСПОМНИТ ПАЦИЕНТ

Е. В. Синбухова, В. Н. Шиманский, С. В. Тяншин, К. В. Шевченко, В. К. Пошатаев,  
Ф. Д. Абдурахимов, А. Ю. Лубнин

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России;  
Россия, 125047 Москва, ул. 4-я Тверская-Ямская, 16

**Контакты:** Елена Васильевна Синбухова [ESinbukhova@nsi.ru](mailto:ESinbukhova@nsi.ru)

**Введение.** Для принятия решений, связанных с заболеванием, пациенты должны получить полную информацию о его характере, всех возможных вариантах лечения и осложнениях, прогнозе, четкой последовательности действий. Не менее важно: они должны вспомнить эту информацию.

**Цель исследования** – определение уровня запоминания пациентами информации о предстоящей операции по удалению невриномы слухового нерва, полученной во время консультации нейрохирурга.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 44 пациента с диагнозом «невринома слухового нерва». Средний возраст пациентов составил  $39,8 \pm 7,2$  года. Распределение мужчин и женщин: 16 и 28 соответственно. Среднее специальное образование у 56,8, а высшее – у 43,2 % наших пациентов. Использовались разработанный авторами для исследования «Чек-лист. Операции по удалению невриномы слухового нерва», шкала уровня тревоги STAI (State-Trait Anxiety Inventory) Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale by Zigmond A.S., Snaith R.P.) для оценки уровня депрессии. Для статистического анализа применялась программа R-Studio (Version 1.0.153 2009–2017 RStudio).

**Результаты.** На следующие сутки после консультации нейрохирурга пациенты смогли правильно вспомнить 24,8 % от всей полученной накануне медицинской информации. Корреляционная зависимость тревожности, депрессии и уровня усвоенной пациентами информации при этом была отрицательная ( $r = -0,52$ ;  $r = -0,47$ ;  $r = -0,85$  соответственно). С увеличением уровня тревоги и депрессии перед операцией количество запоминаемой пациентами медицинской информации уменьшалось.

**Заключение.** Уровень запоминания пациентами медицинской информации об их заболевании – низкий. Количество запоминаемой информации зависит от выраженности тревоги и депрессии пациента. Для улучшения результатов лечения необходимо повышать количество и качество усвоенной пациентами медицинской информации всеми доступными способами.

**Ключевые слова:** память пациента, медицинская информация, запоминание медицинской информации

**Для цитирования:** Синбухова Е.В., Шиманский В.Н., Тяншин С.В. и др. Вспоминая, что сказал врач: как много медицинской информации вспомнит пациент. Нейрохирургия 2021;23(4):50–60. DOI: 10.17650/1683-3295-2021-23-4-50-60.

## Remembering what the doctor said: how much of medical information will the patient remember?

*E. V. Sinbukhova, V. N. Shimanskiy, S. V. Tanyashin, K. V. Shevchenko, V. K. Poshataev, F. D. Abdurakhimov, A. Yu. Lubnin*

*N. N. Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery, Ministry of Health of Russia; 16 4th Tverskaya-Yamskaya St., Moscow 125047, Russia*

**Contacts:** Elena Vasilevna Sinbukhova [ESinbukhova@nsi.ru](mailto:ESinbukhova@nsi.ru)

**Introduction.** Patients must be fully informed about their disease, about different variants of the treatment of their disease, complications and prognosis to make decisions to accept the treatment. The most important they should be able to remember this information.

**The aim of the study** was studying the level of learned information by patients about the upcoming surgery “removal of vestibular schwannoma”.

**Materials and methods.** 44 patients with vestibular schwannoma were included in this prospective study. Average age was  $39,8 \pm 7,2$  years, gender distribution was 16 males and 28 females. Education: secondary special – 56,82, and higher – 43,18 %. We used scales for evaluation “Checklist. Surgery to removal of vestibular schwannoma” developed by authors, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in the adaptation by Y.L. Hanin, assessment of depression – The Hospital Anxiety and Depression Scale by Zigmond A.S., Snaith R.P. (HADS). R-Studio (Version 1.0.153 2009–2017 RStudio) was used for statistical analysis.

**Results.** Patients were able to remember correctly 24,8 % of medical information on the next day after consultation by a neurosurgeon on average. We got negative correlation between anxiety, depression to the level of information assimilated by patients ( $r = -0,52$ ;  $r = -0,47$ ;  $r = -0,85$ , respectively). The higher level of anxiety and depression before surgery led to decrease remembering of medical information by the patients.

**Conclusion.** The level of remembering of the medical information by the patient about their disease was low. Quantity of the remembering information depends on the level of anxiety and depression of patients. It is necessary to increase remembering of medical information by patients because of it is allowing to improve the results of treatment.

**Key words:** patient memory, medical information, memorizing medical information

**For citation:** Sinbukhova E.V., Shimansky V.N., Tanyashin S.V. et al. Remembering what the doctor said: how much of medical information will the patient remember? Neyrokhirurgiya = Russian Journal of Neurosurgery 2021;23(4):50–60. (In Russ.). DOI: 10.17650/1683-3295-2021-23-4-50-60.

## ВВЕДЕНИЕ

Информирование пациентов – необходимое условие оказания медицинской помощи [1]. Для принятия решения о согласии на предлагаемое лечение пациенты должны получить сведения о характере своего заболевания, возможных вариантах медицинской помощи, осложнениях, которые возможны в ходе лечения, и прогнозе. Также необходимо информировать пациента о естественном течении болезни [2, 3]. Его способность корректно усвоить и воспроизвести полученную информацию – ключевое условие согласия на лечение и удовлетворенности результатом [2].

Согласно литературным данным, пациенты запоминают от 17,1 до 60 % информации, полученной от врача во время консультации [4]. При этом 40–80 % от всей медицинской информации, предоставляемой врачами, забывается немедленно, а почти половина усвоенной информации – выдуманная или неверно истолкованная [3–5]. Таким образом, возможность пациента вспомнить рекомендации врача – один из важных моментов соблюдения этих рекомендаций [6].

Факторы, влияющие на способность запоминать полученную от врача информацию, выделены P.W. Watson и В. McKinstry (2009) [2]. Главные из них: возраст, пол, уровень образования и эмоциональное состояние пациента. Автор особо отметил, что женщины более склонны к четкому выполнению стандартов, а уровень образования положительно коррелирует с общим уровнем усвоения информации. Лучшему запоминанию информации способствует ее структурирование и четкое изложение врачом. Формулировки с конкретными данными лучше фиксируются в памяти пациентов, чем предложения абстрактного характера [2]. Информация от врача формирует у пациентов ожидания от операции, поэтому она должна быть содержательной, структурной и конкретной [1].

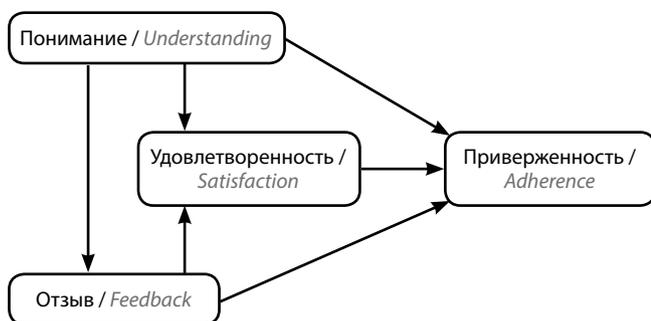
Пожилые люди хуже запоминают информацию [2]. Несмотря на то что молодые пациенты превзошли пожилых по уровню восприятия информации сразу

после презентации, достоверных различий в возрастных группах через 1 нед и 1 мес обнаружено уже не было [3]. Запоминание и обработка медицинской информации – более сложная задача для людей пожилого возраста из-за возможного снижения когнитивных функций [7]. При работе с указанным контингентом больных исследователи рекомендуют врачам не создавать большой промежуток между предоставлением информации и принятием пациентами решений относительно предстоящего лечения [3].

Запоминание медицинской информации значительно уменьшается с возрастом, но зависит как от общего объема информации, так и от выставляемого диагноза. При опросе 200 пациентов с подтвержденным диагнозом «рак» было установлено, что пациенты с худшим прогнозом заболевания вспоминают меньше предоставленной медицинской информации [8]. Дополнительно к этому G.E. Rice и M.A. Okun обнаружили, что медицинская информация, подтверждающая прежние знания (убеждения) пациента, запоминается лучше, чем информация, противоречащая им [9].

Пониженный эмоциональный фон пациента перед операцией (чувства подавленности и тревоги) ухудшает усвоение информации [1]. Стресс, вызванный новостью об угрожающем жизни состоянии, может приводить к ухудшению внимания. При этом информация о выявленной серьезной болезни и ее влиянии на повседневную деятельность в течение всей последующей жизни становится доминирующей для пациента, ограничивая ресурсы его внимания для другой информации [3]. Дистресс у пациента также может быть связан с тем, что он чувствует себя не подготовленным к необходимости заботиться о себе или возможной зависимости в этом вопросе от окружающих. Точно так же пациенты могут отмечать свою неподготовленность к тяжести болевого синдрома и недостаточные знания об управлении болью [1].

По данным A.A. Vuus и соавт., пациенты с хирургической патологией испытывают различные сложные



**Рис. 1.** Модель взаимодействия между факторами, связанными с пациентом и приверженностью лечению, по Ley [3]

**Fig. 1.** Ley' model of interaction between patient-related factors and treatment adherence [3]

эмоции, такие как страх перед операцией, беспокойство относительно послеоперационного ухода, неуверенность и амбивалентность по поводу перенесенной операции [1]. Некоторые больные чувствуют, что им было предоставлено недостаточно информации о хирургическом вмешательстве, других возможных вариантах медицинской помощи, ее преимуществах и рисках. Это может привести к неясным ожиданиям относительно эффекта от операции [1]. Недостаточно изученный вопрос на сегодняшний день: как именно пациенты воспринимают, обрабатывают и воспроизводят полученную информацию [10].

Предполагается, что больные принимают или отвергают информацию на основе своего предыдущего опыта [10]. Удовлетворенность пациента предстоящим лечением определяет способность вспомнить большую часть информации, а его приверженность рекомендованным лечебным мероприятиям повышает эту способность [2, 3].

В 1988 г. P. Ley предложил модель взаимодействия между факторами, связанными с пациентом и его приверженностью лечению (рис. 1), представленную в работе R. P. C. Kessels [3].

В различных исследованиях время между изложением врачом информации и опросом пациента варьировало от «сразу после консультации врача» до 6 мес после консультации [2]. В исследовании L. C. McGuire (1996) последовательные опросы были проведены сразу после консультации, затем через 1 нед и через 1 мес после консультации у врача. Результаты показали, что наибольшее количество информации участники исследования вспомнили сразу после беседы с врачом. Более молодые пациенты при первом опросе вспомнили больше медицинской информации, чем пожилые. Однако спустя 1 нед и 1 мес после консультации объемы воспроизводимой информации в обеих возрастных группах сравнялись [4].

**Цель исследования** — определение уровня усвоенной пациентами информации о предстоящей операции по удалению невриноме слухового нерва, полученной во время консультации нейрохирурга.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен опрос 44 пациентов с диагнозом «невринома слухового нерва». Средний возраст составил  $39,8 \pm 7,2$  года (от 30 до 54 лет). Соотношение: 16 больных мужского пола, 28 — женского. Среднее специальное образование у 56,8, высшее — у 43,2 % пациентов.

Критерии включения в исследование:

- пациенты в ясном сознании, доступные контакту;
- возраст от 18 до 60 лет;
- диагноз «невринома слухового нерва»;
- ранее нейрохирургическое вмешательство не проводилось.

Критерии исключения из исследования:

- менее 26 баллов по Монреальской когнитивной шкале MoCA (Montreal Cognitive Assessment), в том числе пациенты с гидроцефалией.

Все участники нашего исследования при когнитивной оценке имели показатели «норма». Опрос пациентов психологом проводился на следующий день после консультации нейрохирурга.

Сбор анамнеза пациентов проводился с использованием различных шкал, в том числе оригинального разработанного авторами опросника «Чек-лист. Операции по удалению невриноме слухового нерва» (табл. 1); шкалы уровня тревоги STAI (State-Trait Anxiety Inventory) Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина, которая применяется для оценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека); госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale by Zigmond A. S., Snaith R. P.) для оценки уровня депрессии. Для статистического анализа использовалась R-Studio (Version 1.0.153 2009–2017 RStudio).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана личностной тревожности (ЛТ) составила 53,5 (среднее значение  $53,98 \pm 10,2$ ), а медиана ситуативной тревожности (СТ) — 49 баллов (среднее значение  $50,5 \pm 6,6$ ), что соответствует высокому уровню ситуативной и личностной тревоги. Медиана депрессии (Д) — 11 баллов (среднее значение  $12,16 \pm 4,7$ ), что соответствует клинически выраженной депрессии. Данные показатели представлены графически (рис. 2).

Нормальный показатель по уровню депрессии — у 22,7 %; субклинический уровень депрессии — у 15,9 %, клинически выраженная депрессия — у 61,3 % пациентов в исследовании.

Медиана уровня запоминания пациентами информации составила 12 баллов (среднее значение  $12,16 \pm 4,73$ ), минимальное и максимальное значения: 5 и 30 соответственно (рис. 3).

На следующие сутки после консультации нейрохирурга пациенты в среднем верно воспроизводили всего 24,8 % от всей полученной информации

**Таблица 1.** Чек-лист. Операции по удалению невриномы слухового нерва (авторы К.В. Шевченко, Е.В. Синбухова, В.Н. Шиманский)\*

**Table 1.** Checklist. Surgical excision of acoustic neurinoma (authors: K.V. Shevchenko, E.V. Sinbukhova, V.N. Shimanskiy)\*

№	Вопрос с вариантами ответов Question and possible answers	Баллы Score
1	Пол Gender	
	Мужской Male	0
	Женский Female	0
2	Образование Education	
	Средняя школа Secondary	0
	Среднее специальное Secondary professional	0
	Неоконченное высшее Incomplete higher	0
	Высшее Higher	0
3	Семейное положение Marital status	
	В браке Married	0
	Гражданский брак Cohabitation	0
	Холост (не замужем) Single	0
	Разведен (-а) Divorced	0
	Вдовец (вдова) Widowed	0
4	В настоящее время работаю Employment	
	Работаю Employed	0
	Не работаю Unemployed	0
5	Лечение. Наблюдение МРТ через 6 мес и через 1 год Treatment. Follow-up MRI after 6 months and 1 year	
	Да Yes	1
	Нет No	0
6	Лечение. Хирургическое лечение Treatment. Surgery	
	Да Yes	1
	Нет No	0
7	Лечение. Радиохирургия или радиотерапия Treatment. Radiosurgery or radiotherapy	
	Да Yes	1
	Нет No	0
8	Операция предполагает проведение наркоза Surgery requires general anesthesia	
	Да Yes	1
	Нет No	0

9	Операция предполагает выполнение трепанации черепа Surgery requires trepanation on the skull	
	Да Yes	1
	Нет No	0
10	Операция предполагает бритье волос Surgery requires shaving	
	Да Yes	1
	Нет No	0
11	Риски и возможные осложнения. Снижение слуха Risks and possible complications. Hearing impairment	
	Да Yes	1
	Нет No	0
12	Риски и возможные осложнения. Снижение слуха до глухоты на стороне операции (deafness) at the side of surgery	
	Да Yes	1
	Нет No	0
13	Риски и возможные осложнения. Парез мышц лица Risks and possible complications. Facial muscle paresis	
	Да Yes	1
	Нет No	0
14	Риски и возможные осложнения. Парез мышц лица на стороне операции Risks and possible complications. Facial muscle paresis at the side of surgery	
	Да Yes	1
	Нет No	0
15	Риски и возможные осложнения. Нарушение статики и походки Risks and possible complications. Impaired statics and gait	
	Да Yes	1
	Нет No	0
16	Риски и возможные осложнения. Нарушение статики и походки продолжительностью до 2 мес после операции Risks and possible complications. Impaired statics and gait lasting up to 2 months postoperatively	
	Да Yes	1
	Нет No	0
17	Риски и возможные осложнения. Головокружение Risks and possible complications. Dizziness	
	Да Yes	1
	Нет No	0

Продолжение табл. 1  
Continuation of table 1

№	Вопрос с вариантами ответов Question and possible answers	Баллы Score
18	Риски и возможные осложнения. Сильная головная боль в течение 2–3 дней Risks and possible complications. Severe headache for 2–3 days Да Yes Нет No	1 0
19	Риски и возможные осложнения. Тошнота и рвота в течение 2–3 дней Risks and possible complications. Nausea and vomiting for 2–3 days Да Yes Нет No	1 0
20	Риски и возможные осложнения. Нарушение глотания (редкое осложнение) Risks and possible complications. Swallowing disorders (rare complication) Да Yes Нет No	1 0
21	Риски и возможные осложнения. Нарушение глотания (редкое осложнение), в этом случае понадобится установка зонда и трахеостомирование Risks and possible complications. Swallowing disorders (rare complication), requiring probe installation and tracheostomy Да Yes Нет No	1 0
22	Риски и возможные осложнения. Осиплость голоса Risks and possible complications. Hoarseness Да Yes Нет No	1 0
23	Риски и возможные осложнения. Двоение перед глазами Risks and possible complications. Diplopia Да Yes Нет No	1 0
24	Риски и возможные осложнения. Онемение мышц лица на стороне операции Risks and possible complications. Numbness of the facial muscles at the side of surgery Да Yes Нет No	1 0
25	Риски и возможные осложнения. Онемение мышц лица на стороне операции продолжительностью до 2 мес после операции	
25	Risks and possible complications. Numbness of the facial muscles at the side of surgery lasting up to 2 months postoperatively Да Yes Нет No	1 0
26	Риски и возможные осложнения. В процессе операции, возможно, опухоль можно будет убрать только частично, что связано с сохранением функций и жизни Risks and possible complications. Intraoperatively: only partial tumor excision might be possible in order to preserve functions and save patient's life Да Yes Нет No	1 0
27	Риски и возможные осложнения. В процессе операции, возможно, опухоль можно будет убрать только частично, в этом случае необходимо наблюдение Risks and possible complications. Intraoperatively: only partial tumor excision might be possible; these patients should be followed-up Да Yes Нет No	1 0
28	Риски и возможные осложнения. В процессе операции, возможно, опухоль можно будет убрать только частично, в этом случае в дальнейшем, возможно, понадобится проведение лучевой терапии Risks and possible complications. Intraoperatively: only partial tumor excision might be possible; these patients may need radiotherapy Да Yes Нет No	1 0
29	Течение послеоперационного периода. Состояние будет лучше, чем до операции Postoperative period. Patient's condition will be better than before surgery Да Yes Нет No	1 0
30	Течение послеоперационного периода. Возможны осложнения Postoperative period. Complications are possible Да Yes Нет No	1 0
31	Течение послеоперационного периода. В течение года после операции возможно изменение состояния Postoperative period. A change in the patient's condition is possible within a year postoperatively Да Yes Нет No	1 0

Продолжение табл. 1  
Continuation of table 1

№	Вопрос с вариантами ответов Question and possible answers	Баллы Score
32	Преимущества операции. Операция дает возможность пациенту полностью либо частично избавиться от опухоли Benefits of surgery. Surgery allows complete or partial tumor removal Да Yes Нет No	1 0
33	Преимущества операции. Проведение биопсии позволяет уточнить диагноз Benefits of surgery. Biopsy allows more accurate diagnosis Да Yes Нет No	1 0
34	Преимущества операции. Увеличит продолжительность жизни Benefits of surgery. Surgery increases survival Да Yes Нет No	1 0
35	Преимущества операции. Улучшит качество жизни Benefits of surgery. Surgery improves the quality of life Да Yes Нет No	1 0
36	Сказал ли хирург, какая анестезия понадобится? Did the surgeon tell what kind of anesthesia would be needed? Общая (наркоз) General anesthesia Местная Local anesthesia Затрудняюсь с ответом Not sure	1 0 0
37	Сколько времени в среднем длится подобная операция? What is an average duration of such surgery? 3 ч 3 h 4 ч 4 h 5 ч и более 5 h and more Затрудняюсь с ответом Not sure	0 1 0 0
38	Продолжительность пребывания в реанимации после операции составляет в среднем: Average duration of stay in intensive care unit after surgery: От нескольких часов до 1 сут Up to 24 hours Затрудняюсь с ответом Not sure	1 0

39	Продолжительность пребывания в больнице после операции составляет в среднем: Average duration of hospital stay after surgery: 6–7 дней 6–7 days Другое Other Затрудняюсь с ответом Not sure	1 0 0
40	Повлияет ли операция на работу или образ жизни? Will the surgery affect work or lifestyle? Да Yes Нет No Затрудняюсь с ответом Not sure	1 0 0
41	Сколько времени мне потребуется, чтобы восстановиться? How long will it take me to recover? Неделя Week В среднем 1 мес One month on average Затрудняюсь с ответом Not sure	0 1 0
42	Лучевая терапия после операции Postoperative radiotherapy Возможно, понадобится проведение Might be necessary Затрудняюсь с ответом Not sure	1 0
43	Лучевая терапия как метод лечения Radiotherapy as a treatment method Опухоль не убирается в процессе лучевой терапии, а останавливается ее рост Radiotherapy does not remove the tumor, but stops its growth После облучения есть вероятность развития стойкого неврологического дефицита Persistent neurological deficit can develop after surgery Затрудняюсь с ответом Not sure	1 1 0
44	Риски лучевой терапии. Гидроцефалия Risks associated with radiotherapy. Hydrocephalus Да Yes Нет No	1 0
45	Риски лучевой терапии. Гидроцефалия потребует проведения дополнительного хирургического вмешательства Risks associated with radiotherapy. Hydrocephalus will require additional surgery Да Yes Нет No	1 0
46	Риски лучевой терапии. Несмотря на лучевую терапию продолженный рост опухоли возможен Risks associated with radiotherapy. Tumor might continue to grow despite radiotherapy Да Yes Нет No	1 0

Окончание табл. 1  
End of table 1

№	Вопрос с вариантами ответов Question and possible answers	Баллы Score
47	Риски лучевой терапии. После проведения лучевой терапии в дальнейшем невозможно будет проведение операции по удалению опухоли Risks associated with radiotherapy. Surgical excision of the tumor will be impossible after radiotherapy Да Yes Нет No	1 0
48	Если не проходить никакого лечения, болезнь будет прогрессировать и влиять на качество жизни Without treatment, the disease will progress and affect the quality of life Да Yes Нет No	1 0
49	Если не проходить никакого лечения, болезнь будет прогрессировать и влиять на продолжительность жизни Without treatment, the disease will progress and affect the survival Да Yes Нет No	1 0
50	Если не проходить никакого лечения, есть небольшая вероятность, что болезнь не будет прогрессировать и состояние будет оставаться стабильным There is a small chance that the disease will not progress and the condition will remain stable without treatment Да Yes Нет No	1 0
51	При консультации нейрохирургом ответы полностью понятны I fully understood the answers given to me by a neurosurgeon Да Yes Нет No Почти Almost Затрудняюсь с ответом Not sure	1 0 0 0
52	Это моя первая консультация по данному заболеванию This is my first consultation on this disease Да Yes Нет No	0 0

53	Я бы рекомендовал ваш институт (больницу) друзьям (семье) I would recommend this institute (hospital) to friends (family) Да Yes Нет No	1 0
----	--	--------

**Примечание.** Максимально возможное число набранных баллов – 49.

Note. Maximum score – 49.

\*Разрешается использовать только со ссылкой на авторов: Чек-лист. Операции по удалению невриномы слухового нерва (авторы К.В. Шевченко, Е.В. Синбухова, В.Н. Шиманский).

\*This checklist can be used only with a reference to its authors: Checklist. Surgical excision of acoustic neuroma (authors: K.V. Shevchenko, E.V. Sinbukhova, V.N. Shimanskiy).

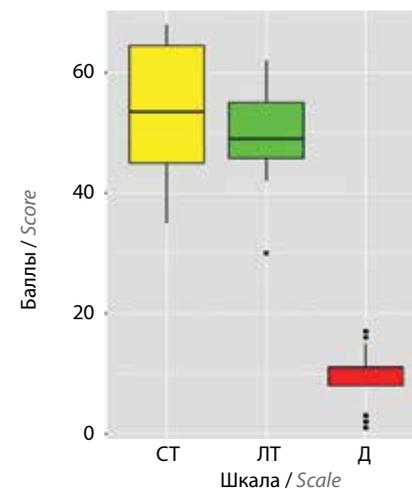


Рис. 2. Значения ситуативной тревожности (СТ), личностной тревожности (ЛТ) и депрессии (Д) у пациентов перед операцией по удалению невриномы слухового нерва

Fig. 2. The values of situational anxiety (SA), personal anxiety (PA) and depression (D) in patients before surgical removal of vestibular schwannoma

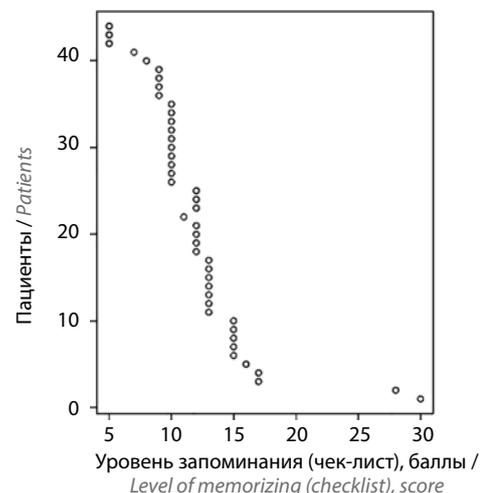


Рис. 3. Уровень запоминания информации пациентами при оценке психологом на следующий день после консультации нейрохирурга (индивидуально для каждого пациента)

Fig. 3. The level of memorization of information by patients on the next day after consulting a neurosurgeon (individually for each patient)

Таблица 2. Регрессионный анализ влияния депрессии на количество правильно усвоенной пациентами медицинской информации

Table 2. Regression analysis of the effect of depression on the amount of medical information correctly assimilated by patients

Параметры Parameters	Коэффициент в уравнении ре- грессии Estimate	Стандарт- ная ошибка Std. error	T-статис- тика T-value	Уровень значимости P-value
Пересечение (константа в уравнении регрессии) Intercept	18,06242	1,13445	15,92	<2e-16 ***
Усвоенная информация Information assimilated	-0,73976	0,08817	-8,39	9,38e-11 ***
Signif. codes: 0 '***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1 ' ' 1				

Таблица 3. Регрессионный анализ влияния возраста на количество верно усвоенной пациентами медицинской информации

Table 3. Regression analysis of the effect of age on the amount of medical information correctly assimilated by patients

Параметры Parameters	Коэффициент в урав- нении регрессии Estimate	Стандарт- ная ошибка Std. Error	T-ста- тистика T-value	Уровень значимости P-value
Пересечение (константа в уравнении регрессии) Intercept	53,6689	3,1377	17,105	< 2e-16 ***
Усвоенная информация Information assimilated	-1,2156	0,2413	-5,038	8,93e-06 ***
Signif. codes: 0 '***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1 ' ' 1				

(12,16 из 49 баллов). И только 2 пациента смогли правильно повторить более 50 % утверждений чек-листа.

Наблюдалась отрицательная корреляция между тревожностью (личностной, ситуативной), депрессией и уровнем правильно усвоенной пациентами информации ( $r = -0,52$ ;  $r = -0,47$ ;  $r = -0,85$  соответственно), то есть, чем выше уровень тревоги и депрессии перед операцией, тем меньшее количество информации запомнили пациенты (табл. 2).

Показатели (см. табл. 2) демонстрируют высокий уровень зависимости правильно запомненной пациентами медицинской информации от наличия и уровня депрессии. Стоит отметить, что более качественное запоминание информации нельзя объяснить только отсутствием депрессии.

Выявлена значимая отрицательная корреляция ( $r = -0,8$ ): с увеличением возраста пациента уменьшается количество запоминаемой медицинской информации (табл. 3).

Значимого влияния пола пациентов на количество верно запомненной информации в нашем исследовании не выявлено ( $r = -0,08$ ).

Выявлена высокая обратная зависимость количества усвоенной пациентами информации от возраста: с его увеличением количество запоминаемой пациентами медицинской информации значительно уменьшается. Однако стоит отметить, что более (менее) качественное запоминание информации нельзя объяснить только возрастом.

Несмотря на небольшое количество усвоенной (оставшейся в памяти) медицинской информации, все участвовавшие в исследовании пациенты были уверены в обратном и утвердительно ответили на 2 вопроса чек-листа (№ 51, 53): «при консультации нейрохирургом я полностью понял его ответы» и «я бы рекомендовал этот институт (больницу) друзьям (семье)».

### ОБСУЖДЕНИЕ

Во все времена успех лечения во многом зависел от веры пациента во врача и медицину. Доверие между пациентом и доктором (комплаентность) становилось залогом благоприятного исхода заболевания. Сегодня традиционное доверие пациента к врачу уменьшается в результате различных социальных и научных изменений. Современный лечебный процесс сформирован из набора медицинских услуг и помещен в стандарты оказания медицинской помощи. В этих условиях ответственность врача возрастает и лечение пациентов попадает в напряженное юридическое поле.

Информирование пациента врачом — неотъемлемое условие оказания медицинской помощи. На основании полученной от врача информации пациент соглашается или не соглашается на предлагаемые лечебные мероприятия. Изясняя суть болезни, врач нередко сталкивается с непониманием со стороны пациента, неверным или извращенным толкованием представленной информации. Следствием неверного восприятия полученной информации становится неудовлетворенность результатами лечения. Причины

искаженного толкования полученных данных могут быть совершенно разными: возраст пациентов, наличие сопутствующей патологии, страх перед операцией, измененный эмоциональный фон, информирование об аналогичном заболевании через средства массовой информации, структура и качество изложения информации врачом и т. д. Уменьшение влияния этих факторов может способствовать более полному усвоению информации пациентами и, следовательно, улучшить качество оказания медицинской помощи.

Как отмечено в исследовании М. В. Laws и соавт. (2018), количество усвоенной пациентами информации можно увеличить за счет использования медицинскими работниками различных методов поощрения вовлеченности пациентов в их же лечебный процесс: к ним относится открытый опрос, обучение, ограничение объема предоставляемой информации за одну консультацию [11]. В исследовании М. Н. Nguyen (2019) отмечено, что высокий уровень тревоги после информирования о диагнозе «рак» негативно влияет на количество запомненной пациентами медицинской информации, что требует проведения различных мероприятий, направленных на снижение тревожности пациентов [7]. В целом подавляющее большинство пациентов плохо запоминают предоставленную медицинскую информацию с «плохими новостями» во время врачебных консультаций [12]. А сниженное запоминание медицинской информации, в том числе на ранних этапах диагностики и лечения, представляет собой серьезную проблему, влияющую на принятие пациентами осознанных решений [7]. «Плохая память» на консультации, беседы с врачом снижает удовлетворенность лечением и приверженность ему [6].

В данном исследовании мы рассмотрели влияние личностной и ситуативной тревоги, депрессии у пациентов с невриномами слухового нерва на их способность запоминать информацию.

Невринома слухового нерва (вестибулярная шваннома) — доброкачественная опухоль. Для ее удаления необходимо выполнить трепанацию черепа. После операции у пациента могут развиваться неврологические нарушения, такие как асимметрия лица, утрата слуха, нарушение функции глотания, возможны грубая инвалидизация и летальный исход, то есть лечение невриномы слухового нерва — сложный комплексный процесс, несущий риск для здоровья и жизни пациента.

Известия о необходимости выполнения трепанации черепа, а также о возможности возникновения перечисленных осложнений и даже гибели служат теми самыми «плохими новостями», создающими тревогу и депрессию у пациентов. Нами получена обратно пропорциональная связь между уровнями тревожности (личностная, ситуативная тревога), депрессии и количеством усвоенной пациентами информации (отрицательная корреляция:  $r = -0,52$ ;  $r = -0,47$ ;  $r = -0,85$  соответственно). На следующие сутки после консуль-

тации нейрохирургом пациенты смогли правильно вспомнить только 24,8 % от всей полученной накануне медицинской информации.

По результатам канадского исследования С. Richard и соавт. (2017), через 3–4 мес после 1-го визита к врачу пациенты вернулись к нему снова и после 2-го визита заполнили анкету, в которой оценивалась их способность вспомнить информацию о назначенном лечении [13]. Количество правильной информации о лечении у пациентов варьировало от 34 до 88 % в зависимости от того, что они запомнили и как проводилась оценка усвоенного материала. Опрос в исследовании был связан с терапевтическим лечением и включал в себя: обсуждение заболевания, назначенных лекарств, рациона питания, физических упражнений; уменьшение влияния стрессового фактора; сокращение или прекращение курения и употребления алкоголя. К примеру, пациенты, которые не помнили названия лекарства, получали нулевой балл за этот вопрос [13].

Запоминание медицинской информации имеет решающее значение для пациентов, поскольку понимание — важное условие для принятия обоснованных решений о лечении и преодоления болезни [12]. Для изменения ситуации и повышения уровня запоминаемой информации предлагается множество решений.

В обзоре, посвященном внутренним и внешним факторам, влияющим на совместное принятие решений в медицинских учреждениях, М. Truglio-Londrigan и соавт. сообщают об уделении особого внимания пациент-ориентированному подходу. Данный подход фигурирует в публикациях Международного альянса организаций пациентов — International Alliance of Patients' Organizations (IAOP): это ориентированное на пациента здравоохранение, забота, направленная на удовлетворение потребностей и предпочтений пациента [14].

В целом концепция совместного принятия врачом и пациентом решений начала появляться в литературе с 1990-х гг. Исследования указывают на различия предпочтений пациентов относительно совместного принятия решений в зависимости от возраста, социально-экономического статуса, образования, культуры и непосредственно диагноза. Медицинские учреждения должны предоставлять пациенту всю информацию, необходимую для принятия решений: о болезни, традиционных и альтернативных методах лечения, последствиях отказа от лечения, наблюдении за естественным ходом заболевания. Без доступа к этой информации пациент не сможет участвовать в процессе принятия решений. На этапе совместного принятия решений медицинский работник должен оценить знания пациента о болезни, его готовность участвовать в процессе принятия решений, способность к воспроизведению информации, социальный статус, образование, особенности культурного воспитания, возраст и др. [14].

В систематическом обзоре литературы S. Newell и Z. Jordan (2015) также отмечена направленность современной политики мирового здравоохранения в сторону поддержания и вовлечения пациентов в качестве партнеров во все аспекты здравоохранения [15]. Большинство больных помнят свой диагноз, но труднее запоминают более сложную информацию — план лечения и рекомендации. А эмоциональные реакции, согласно данным разных исследований, могут быть ответственны за плохую память у пациентов [12].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше исследование — часть проекта по определению уровня усвоения пациентами с нейрохирургической патологией информации о болезни и предстоящей операции, полученной во время консультации нейрохирурга. В дальнейшем мы планируем проведение сравнительного анализа у пациентов с различными нейрохирургическими заболеваниями. Следует отметить, что критерием включения в исследование

в том числе должно быть отсутствие объективного нарушения когнитивной функции у пациентов. Подобное исследование пациентов с нейрохирургической патологией проводится впервые.

Согласно данным проведенного пилотного исследования для пациентов с диагнозом «невринома слухового нерва» характерен низкий уровень запоминания медицинской информации, касающейся предстоящего лечения, в том числе нейрохирургической операции.

В предоперационном периоде более высокие уровни тревоги (личностная, ситуативная) и депрессии у пациентов соответствуют низким процентам восприятия и усвоения медицинских данных, представленных врачом-нейрохирургом (отрицательная корреляция:  $r = -0,52$ ;  $r = -0,47$ ;  $r = -0,85$  соответственно).

Результаты нашего исследования указывают на недооценку существующей проблемы в усвоении пациентами медицинской информации от врача, диктующей необходимость расширения информационной пациент-ориентированной среды.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Buus A.A., Heijlsen O.K., Bjørnes C.D., Laugesen B. Experiences of pre- and postoperative information among patients undergoing knee arthroplasty: a systematic review and narrative synthesis. *Disabil Rehabil* 2021;43(2):150–62. DOI: 10.1080/09638288.2019.1615997.
2. Watson P.W.B., McKinsty B. A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations. *J R Soc Med* 2009;102(6):235–43. DOI: 10.1258/jrsm.2009.090013.
3. Kessels R.P.C. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* 2003;96(5):219–22. DOI: 10.1258/jrsm.96.5.219.
4. McGuire L.C. Remembering what the doctor said: organization and adults' memory for medical information. *Exp Aging Res* 1996;22(4):403–28. DOI: 10.1080/03610739608254020.
5. Arnet I. Individualization of compliance. *Ther Umsch* 2000;57(9):552–6. (In Germ.). DOI: 10.1024/0040-5930.57.9.552.
6. Selic P., Svab I., Repolusk M., Gucek N.K. What factors affect patients' recall of general practitioners' advice? *BMC Fam Pract* 2011;12:141. DOI: 10.1186/1471-2296-12-141.
7. Nguyen M.H., Smets E.M.A., Bol N. et al. Fear and forget: how anxiety impacts information recall in newly diagnosed cancer patients visiting a fast-track clinic. *Acta Oncol* 2019;58(2):182–8. DOI: 10.1080/0284186X.2018.1512156.
8. Jansen J., Butow P.N., van Weert J.C.M. et al. Does age really matter? Recall of information presented to newly referred patients with cancer. *J Clin Oncol* 2008;26(33):5450–7. DOI: 10.1200/JCO.2007.15.2322.
9. Rice G.E., Okun M.A. Older readers' processing of medical information that contradicts their beliefs. *J Gerontol* 1994;49(3):119–28. DOI: 10.1093/geronj/49.3.p119.
10. Bidstrup C.A., Morthorst K.R., Laursen M. et al. Does information become actual knowledge in surgical spine patients? A qualitative study. *Orthop Nurs* 2018;37(6):363–71. DOI: 10.1097/NOR.0000000000000500.
11. Laws M.B., Lee Y., Taubin T. et al. Factors associated with patient recall of key information in ambulatory specialty care visits: Results of an innovative methodology. *PLoS One* 2018;13(2):e0191940. DOI: 10.1371/journal.pone.0191940.
12. van Osch M., Sep M., van Vliet L.M. et al. Reducing patients' anxiety and uncertainty, and improving recall in bad news consultations. *Health Psychol* 2014;33(11):1382–90. DOI: 10.1037/hea0000097.
13. Richard C., Glaser E., Lussier M.-T. Communication and patient participation influencing patient recall of treatment discussions. *Health Expect* 2017;20(4):760–70. DOI: 10.1111/hex.12515.
14. Truglio-Londrigan M., Slyer J.T., Singleton J.K., Worrall P. A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. *JB Libr Syst Rev* 2012;10(58):4633–46. DOI: 10.11124/jbisrir-2012-432.
15. Newell S., Jordan Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JB Libr Syst Rev* 2015;13(1):76–87. DOI: 10.11124/jbisrir-2015-1072.

**Вклад авторов**

Е.В. Синбухова: разработка чек-листа, сбор и обработка материала, статистический анализ, написание текста статьи;  
В.Н. Шиманский: разработка концепции и дизайна исследования, разработка чек-листа, редактирование статьи;  
С.В. Тяняшин: разработка дизайна исследования, редактирование статьи;  
К.В. Шевченко: разработка чек-листа, написание текста статьи;  
В.К. Пошатаев: редактирование статьи;  
Ф.Д. Абдурахимов: помощь в сборе материала;  
А.Ю. Лубнин: разработка дизайна исследования, редактирование статьи.

**Authors' contributions**

E.V. Sinbukhova: developing a checklist, obtaining data for analysis, statistical analysis, article writing;  
V.N. Shimansky: research idea and design, developing a checklist, article editing;  
S.V. Tanyashin: developing the research design, article editing;  
K.V. Shevchenko: developing a checklist, article writing;  
V.K. Poshataev: article editing;  
F.D. Abdurakhimov: assistance in obtaining data for analysis;  
A.Yu. Lubnin: developing the research design, article editing.

**ORCID авторов/ ORCID of authors**

Е.В. Синбухова / E.V. Sinbukhova: <https://orcid.org/0000-0003-3665-9416>  
В.Н. Шиманский / V.N. Shimansky: <https://orcid.org/0000-0002-3816-847X>  
С.В. Тяняшин / S.V. Tanyashin: <https://orcid.org/0000-0001-8351-5074>  
К.В. Шевченко / K.V. Shevchenko: <https://orcid.org/0000-0003-3732-6664>  
В.К. Пошатаев / V.K. Poshataev: <https://orcid.org/0000-0002-3279-3733>  
Ф.Д. Абдурахимов / F.D. Abdurakhimov: <https://orcid.org/0000-0002-8010-7523>  
А.Ю. Лубнин / A.Yu. Lubnin: <https://orcid.org/0000-0003-2595-5877>

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование.** Исследование проведено без спонсорской поддержки.  
**Financing.** The study was performed without external funding.

**Соблюдение прав пациентов и правил биоэтики**

Протокол исследования одобрен комитетом по биомедицинской этике Национального медицинского исследовательского центра нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко Минздрава России (протокол № 2/21). Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

**Compliance with patient rights and principles of bioethics**

The study protocol was approved by the biomedical ethics committee of N.N. Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery, Ministry of Health of Russia (protocol No. 2/21). All patients gave written informed consent to participate in the study.