

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛАЄНСА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

¹ ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків,

² Харківський науково-дослідний інститут судових експертиз ім. засл. проф. М. С. Бокаріуса

Розкрито сутність феномену комплаєнса у пацієнтів із гіпертонічною хворобою і проаналізовано його представленість залежно від клінічних та соціально-демографічних чинників. Виділено комплекс психологічних факторів, який впливає на формування комплаєнса. Створено систему психологічної корекції, яка спрямована на підвищення мотивації до лікування та оптимізацію дотримання терапевтичного режиму хворими на гіпертонію.

Ключові слова: комплаєнс, гіпертонічна хвороба, лікувально-реабілітаційний процес, психологічні чинники, система психокорекції.

Одним із актуальних напрямів досліджень у медичній психології є вивчення психологічних факторів лікувально-реабілітаційного процесу [1]. Особливого значення набувають такі психологічні чинники, які суттєво впливають на терапевтичну поведінку пацієнтів в умовах хронічного захворювання, одним із яких є гіпертонічна хвороба [2].

У теперішній час значно розширилася поінформованість пацієнтів про наявність у них підвищеного артеріального тиску (від 37,1 до 75,0% серед чоловіків і від 58,9 до 80,3% серед жінок) і зростає кількість пацієнтів, які отримують гіпотензивну терапію (до 59,4%) [3, 4]. Приблизно 60% хворих схильні припинити прийом препаратів після того, як досягли ефекту нормалізації артеріального тиску [5]. Проблему дотримання хворими терапевтичного режиму визначають терміном *compliance*, який на сьогоднішній день більшістю авторів трактується як «згода на лікування, прихильність, піддатливість, поступливість» (І. П. Лапін, 2000; А. Б. Смулевич, 2005). Комплаєнтність хворих — це чинник, який значною мірою визначає ефективність лікування, тому підвищення ступеня дотримання пацієнтами терапевтичного режиму є актуальною проблемою.

Нині існують певні розбіжності у підходах до визначення комплаєнса, що пов'язані з принциповими відмінностями теоретико-методичних позицій дослідників відносно визнання хворого або пасивним об'єктом лікарських маніпуляцій, або активним суб'єктом і рівноправним учасником процесу терапевтичної взаємодії (О. Т. Соколова, 2011). У своєму дослідженні ми визначаємо комплаєнс як систему уявлень, переконань, мотивацій та дій пацієнта, яка забезпечує процес дотримання терапевтичного режиму (Л. Ф. Шестопалова, 2010) [6, 7].

Однією з актуальних проблем є встановлення чинників, які впливають на формування певного рівня комплаєнса. У цьому контексті особлива роль належить різноманітним психологічним факторам, які опосередковують ефективність лікувально-реабілітаційних заходів. На теперішній час залишається невирішеною низка складних теоретичних і практичних питань, пов'язаних із комплаєнсом пацієнтів із гіпертонічною хворобою (ГХ), а саме: не визначено домінуючі типи комплаєнса, відсутні систематизовані уявлення щодо закономірностей його формування та не виділено основні психологічні фактори, які впливають на його функціонування.

Дослідження проводилося упродовж 2008–2011 рр. у ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». За умови поінформованої згоди було обстежено 114 пацієнтів із діагнозом ГХ I (35 (30,70%) хворих) та II (79 (69,30%) хворих) стадій, із них було 70 (61,40%) жінок та 44 (38,60%) чоловіків. Середній вік обстежених становив $53,5 \pm 7,5$ року. Середня тривалість захворювання — $13,2 \pm 8,8$ року. Середня кількість госпіталізацій — $2,2 \pm 1,6$ разу. Середню освіту мали 30 (26,31%) обстежених, середньоспеціальну — 34 (29,82%), вищу — 50 (43,85%). Трудовою діяльністю займалися 80 (70,17%) пацієнтів, не працювали — 34 (29,82%), з них у зв'язку з пенсійним віком — 30 (26,31%) осіб, 4 (3,50%) хворих були тимчасово безробітні та 9 (7,89%) — мали групу інвалідності.

Застосовувалися такі психодіагностичні методики: 1) для вивчення комплаєнса — «Дослідження типів комплаєнса хворих» (Н. М. Лісна, 2007); 2) для дослідження особистісних та емоційно-комунікативних характеристик — 16-факторний опитувальник Р. Кеттелла (16 РҒ, форма А; адаптація В. І. Похилька зі співавт., 1985);

методика «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» (Н. С. Ендлер, Д. А. Паркер, 1990, адаптація Т. Л. Крюкової, 2001); «Діагностика загальної комунікативної толерантності» (В. В. Бойко, 1998); «Рівень суб'єктивного контролю» (Є. Ф. Бажин, Є. А. Голинкіна, О. М. Еткінд, 1984); 3) для вивчення якості життя: методика «Оцінка інтегративного показника якості життя» (J. E. Mezzich et al., 1999); 4) для дослідження внутрішньої картини хвороби — «Тип ставлення до хвороби» (А. Є. Личко, Л. Й. Вассерман, Б. В. Іовлев, 1987); 5) для діагностики особливостей порушень особистості та емоційної сфери — «Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики» (Symptom Check List-90-Revised SCL-90) Л. Р. Дерогатис (L. R. Derogatis et al., 1987).

Статистична обробка емпіричних даних здійснювалась за допомогою методів описової статистики, встановлення достовірності відмінностей вибірок (за *t*-критерієм Стьюдента, *G*-критерієм знаків), а також методів багатовимірної статистики: кореляційного та факторного аналізу.

Вивчення типологічних особливостей комплаєнса у хворих на ГХ показало, що його змішаний тип діагностовано в 65 (57%) випадках, конструктивний — в 38 (33%) і формальний — в 11 (10%). Змішаний тип комплаєнса характеризується нестійким, нестабільним ставленням до терапевтичного режиму і широким репертуаром поведінкових реакцій в рамках виконання лікарських рекомендацій. Цей тип має мозаїчну структуру, в якій різною мірою представлені ознаки основних варіантів комплаєнса (конструктивний, формальний, пасивний, симбіотичний, нестабільний, негативістичний, дефіцитарний). Співвідношення та домінуючі ознаки цих типів змінюються на різних етапах стаціонарного й амбулаторного лікування. Готовність лікуватися підвищується у разі погіршення стану, при суб'єктивно тяжкій симптоматиці (високі цифри артеріального тиску, запаморочення, хиткість під час ходьби, головний біль), знижується за умов стабілізації артеріального тиску і поліпшення самопочуття. Змінюється ставлення до фармакотерапії: при відносно доброму самопочутті та нормальних значеннях артеріального тиску хворі відмовляються приймати ліки або довільно маніпулюють дозами препаратів.

Конструктивний тип комплаєнса характеризується настановою хворого на отримання допомоги, довірою до лікаря, усвідомленням симптомів і наслідків хвороби, прихильністю та стабільним виконанням терапевтичного режиму.

Пацієнтам із формальним типом комплаєнса притаманні часткове усвідомлення хвороби, вибірковість щодо методів лікування, формальне

ставлення до терапевтичних рекомендацій, низький рівень дотримання вимог терапії.

Результати вивчення особливостей комплаєнса хворих з урахуванням стадії ГХ свідчать, що при I стадії змішаний тип діагностовано у 21 (60%) пацієнта, конструктивний — у 9 (27%), формальний — у 5 (13%). Практично аналогічна представленість типів комплаєнса спостерігається і у хворих на ГХ II стадії: змішаний тип — у 47 (59%) пацієнтів, конструктивний — у 25 (32%), формальний — у 7 (9%).

Вивчення типів комплаєнса у хворих на ГХ із різною тривалістю захворювання показало, що у пацієнтів, які хворіють упродовж 5 років, домінує конструктивний тип — в 10 (56%) випадках, змішаний — в 5 (24%), формальний — в 4 (20%); до 10 років переважає змішаний тип — 18 (43%) осіб, представленість конструктивного типу зменшується — 11 (27%, $p < 0,05$) пацієнтів, формальний тип виявлено у 13 (30%) хворих. За тривалості захворювання понад 10 років також переважає змішаний тип (28 (52%) осіб), однак збільшується питома вага формального типу — у 18 (34%, $p < 0,05$) пацієнтів і зберігається тенденція до зменшення випадків конструктивного типу (7 (14%, $p < 0,05$) хворих).

Дані дослідження особливостей комплаєнса з урахуванням віку хворих (віком до 50 років; від 50 до 60 років; понад 60 років) свідчать про те, що в усіх вікових групах типи комплаєнса такі самі, як у хворих на ГХ у цілому, тобто домінуючим є змішаний тип (у 21 (56%), 30 (57%), 12 (60%) випадках відповідно), конструктивний діагностовано у 12 (33%), 17 (32%) та 6 (30%) пацієнтів, формальний виявлено у 4 (11%), 6 (11%), 2 (10%) обстежених.

Для жінок найбільш характерні змішаний (39 (56%) обстежених) і конструктивний типи (26 (37%)). У чоловіків домінує змішаний тип (21 (47%) пацієнт), проте достовірно частіше порівняно з жінками виявляються формальний (13 (30%, $p \leq 0,01$)) і меншою мірою — конструктивний типи (10 (23%)).

Для пацієнтів зі змішаним типом комплаєнса характерний анозогнозичний тип ставлення до хвороби ($14,78 \pm 12,58$, $p < 0,05$) (таблиця). Переважною стратегією подолання стресу є емоційно-орієнтований копінг ($44,23 \pm 12,54$, $p < 0,05$). Серед домінуючих рис особистості — імпульсивність (фактор F^+), тривожність (фактор O^+) і підозрілість (фактор L^+). Емоційно-особистісні порушення представлені тривожно-фобічними переживаннями. Загальне сприйняття якості свого життя у хворих із цим типом комплаєнса достовірно вище ($7,52 \pm 1,65$, $p < 0,05$), ніж у пацієнтів із конструктивним і формальним типами.

Результати дослідження індивідуально-психологічних особливостей, типу ставлення до хвороби та якості життя пацієнтів із гіпертонічною хворобою і різними типами комплаєнса

| Показники психодіагностичних методик | | Хворі зі змішаним типом комплаєнса, <i>n</i> = 65 | Хворі з конструктивним типом комплаєнса, <i>n</i> = 38 | Хворі з формальним типом комплаєнса, <i>n</i> = 11 |
|--------------------------------------|---|---|--|--|
| Тип ставлення до хвороби | гармонійний | 22,33±17,87 | 27,58±18,75* | 19,43±20,13 |
| | ергопатичний | 20,11±13,94 | 19,57±12,63 | 23,57±11,87* |
| | анозогнозичний | 14,78±12,58* | 10,22±12,44 | 11,46±9,12 |
| Копінг-стратегії | копінг, орієнтований на розв'язання проблем (max 80) | 52,43±6,90 | 56,12±7,80* | 51,92±8,21 |
| | копінг, орієнтований на емоції (max 80) | 44,23±12,54* | 40,74±9,25 | 41,12±10,57 |
| | копінг, орієнтований на уникання (max 80) | 43,66±12,55 | 44,11±10,23 | 47,63±11,40* |
| 16-PF | особистісний профіль (фактори з максимальним значенням) | FOL | AIB | EQ3L |
| | особистісний профіль (фактори з мінімальним значенням) | CEA | GCF | HA1 |
| Рівень суб'єктивного контролю | загальна інтернальність | 3,2±1,5 | 3,0±1,5 | 3,6±1,2 |
| | у сфері здоров'я та хвороби | 3,6±1,7 | 4,2±1,2 | 4,0±1,3 |
| Шкали SCL-90 Derogatis | соматизація (SOM) | 1,22±0,12 | 1,73±0,66* | 0,98±0,34 |
| | обсесивно-компульсивні симптоми (О-С) | 0,83±0,38 | 0,78±0,46 | 0,88±0,51* |
| | тривожність (ANX) | 0,76±0,56* | 0,69±0,50 | 0,71±0,46 |
| Показники якості життя | працездатність | 7,26±2,17 | 7,44±2,52 | 8,00±1,47* |
| | загальне сприйняття якості життя | 7,52±1,65* | 6,45±1,75 | 6,28±2,11 |

* Розбіжності достовірні щодо інших підгруп, *p* < 0,05.

У хворих із конструктивним комплаєнсом домінує гармонійний тип ставлення до хвороби (27,58±18,75, *p* < 0,05). Долаюча поведінка виражена проблемно-орієнтованим копінгом (56,12±7,80, *p* < 0,05). У структурі індивідуально-психологічних особливостей найбільш характерні риси комунікабельності (фактор А⁺), сензитивності (фактор І⁺) у поєднанні з нормативним рівнем інтелектуальної продуктивності (фактор В⁺), а також переважають фіксація переживань на проявах тілесних дисфункцій та ознаки іпохондризації (1,73±0,66, *p* < 0,05).

Хворі з формальним типом відзначалися домінуванням ергопатичного типу ставлення до хвороби (23,57±11,87, *p* < 0,05). Поведінка подолання у них реалізується через проблемно-орієнтований копінг (51,92±8,21) та механізми уникання (47,63±11,40, *p* < 0,05). Домінуючими рисами особистості є авторитарність, домінантність (фактор Е⁺), конкурентність (фактор Q₃⁺), підозрілість (фактор L⁺). Серед емоційно-особистісних порушень відзначалися ригідність, інертність, труднощі у прийнятті рішень (О-С — 0,88±0,51, *p* < 0,05). Пацієнти з формальним типом комплаєнса високо оцінюють власну працездатність, що може свідчити про зниження їхньої критичності до свого

стану (8,00±1,47, *p* < 0,05). Необхідно зазначити, що незалежно від типу комплаєнса в усіх обстежених хворих на ГХ виявлено переважання екстернального локус-контролю.

На підставі даних кореляційного та факторного аналізів було виділено систему чинників (клінічні, соціально-демографічні та психологічні), яка сприяє формуванню комплаєнса або ускладнює його.

До клінічних чинників належать тривалість захворювання та кількість госпіталізацій. Сприяють комплаєнтній поведінці тривалість захворювання до 5 років і перша госпіталізація. Формування комплаєнса ускладнено у хворих із тривалістю захворювання понад 5 років та при необхідності неодноразових госпіталізацій. В даному дослідженні у хворих на ГХ не відзначалося різниці між представленістю типів комплаєнса залежно від стадії захворювання (І та ІІ стадії).

Соціально-демографічними факторами, значущими для формування комплаєнса, є вік та стать. В обстежених пацієнтів не встановлено наявності зв'язку між типом комплаєнса та віком. Гендерні відмінності полягають у тому, що у чоловіків частіше формується формальний тип комплаєнса, ніж у жінок (30 і 7% відповідно, *p* ≤ 0,01).

До психологічних чинників належать особистісні риси хворих на ГХ, особливості комунікативної сфери, копінг, локус-контроль, внутрішня картина хвороби, порушення особистісної та емоційної сфер, суб'єктивна оцінка якості життя. Психологічними чинниками, які сприяють формуванню найбільш оптимального (конструктивного) типу комплаєнса, є такі особистісні риси, як сензитивність, емоційна лабільність, тривожність, комунікабельність, проблемно-орієнтований копінг, інтернальний локус-контроль, гармонійний тип ставлення до хвороби, фіксація переживань на фізичному стані, помірний рівень тривоги, задоволеність власним психологічним благополуччям та духовною реалізацією. Ускладнюють формування адекватної терапевтичної настанови дратівливість, домінантність, конфліктність, егоцентричність, підозрілість, емоційно-орієнтований копінг та копінг, орієнтований на уникання, екстернальний локус-контроль, ергопатичний і анозогнозичний типи ставлення до хвороби, депресивні та фобічні переживання, висока самооцінка фізичного благополуччя й працездатності.

З урахуванням отриманих даних було розроблено й апробовано систему психологічної корекції, яка спрямована на оптимізацію комплаєнса хворих на ГХ, формування в них адекватної та стабільної терапевтичної поведінки. Основними її цілями є корекція несприятливих типів комплаєнса, дезадаптивних психологічних реакцій хворих на своє захворювання, формування терапевтичного альянсу і психологічне потенціювання гіпотензивної терапії.

Система психокорекції складається із шести модулів та розрахована на 12 год занять упродовж основного лікувального курсу. При визначенні основних стратегій психокорекційної роботи з пацієнтами враховувались особливості їхнього комплаєнса. При його змішаному типі необхідно розвивати ініціативу, впевненість, відповідальність пацієнтів, запобігати формуванню їх залежності від лікаря, за можливості долучати родичів до контролю режиму терапії в амбулаторних умовах.

При домінуванні конструктивного комплаєнса у хворого підтримується та закріплюється існуюче ставлення до лікувального режиму. При формальному типі необхідно підвищувати вміння пацієнта розпізнавати симптоми хвороби та ступінь його відповідальності за результати терапії, коригувати скептичне ставлення до терапевтичного режиму, розглядати причини незадоволення результатами лікування, проводити корекцію ригідних настанов та упереджень.

Основними техніками психокорекційної роботи з пацієнтами були психоосвітній тренінг,

релаксація, когнітивно-поведінкова та раціонально-емотивна терапія.

Після реалізації психокорекційної програми у хворих підвищилася поінформованість щодо власного захворювання, поліпшилися показники дотримання ними медичних рекомендацій та ступінь відповідальності за власне здоров'я. Пацієнти займали більш активну позицію у спілкуванні з лікарем — ставили запитання стосовно особливостей процесу лікування, гіпотензивних препаратів тощо. Відсутність статистичної значущості за таким параметром, як «психологічне потенціювання гіпотензивної терапії» пов'язана (на думку лікарів-експертів) із тим, що для підвищення цього показника необхідне більш тривале використання навичок психічної саморегуляції.

Таким чином, отримані дані свідчать про достатню ефективність розробленої системи психокорекції, спрямованої на формування оптимального типу комплаєнса у пацієнтів із ГХ. Реалізація психокорекційного втручання у них сприяла підвищенню рівня дотримання терапевтичного режиму, мотивації до довготривалого прийому медикаментозних препаратів, супроводжувалася позитивною динамікою у міжособистісній та поведінковій сферах, корекцією способу життя і модифікацією факторів ризику, що в цілому сприяло профілактиці ускладнень ГХ.

Список літератури

1. Шестопалова Л. Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу хворих на неврологічні та психічні розлади / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Мед. психологія.— 2013.— Т. 8, № 4.— С. 3–6.
2. Незнанов Н. Г. Проблема комплаєнса в клинической психиатрии / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2004.— Т. 6, № 4.— С. 213–214.
3. Незнанов Н. Г. Характер и особенности дезадаптивного поведения больных гипертонической болезнью / Н. Г. Незнанов, С. Л. Соловьева, Е. А. Довлатянц // Артериальные гипертензии. Актуальные вопросы патогенеза и терапии: сб. науч. работ.— СПб., 1995.— С. 125–131.
4. Социальный тип личности пациента и эффективность гипотензивной терапии / С. В. Смирнов, С. Л. Морозов, К. С. Шуленни [и др.] // Фундаментальные исследования.— 2012.— № 2.— С. 131–133.
5. Гуревич К. Г. Комплаєнс больных, получающих гипотензивную терапию / К. Г. Гуревич // Качественная клиническая практика.— 2003.— № 4.— С. 53–58.
6. Шестопалова Л. Ф. Терапевтический альянс в медицинском учреждении психоневрологического

- профіля / Л. Ф. Шестопалова, В. В. Артюхова // Міжнар. мед. журн.— 2011.— № 4.— С. 10–14.
7. Шестопалова Л. Ф. Особенности комплаенса больных с алкогольной зависимостью / Л. Ф. Шестопалова //

Аддикция в современном научном пространстве: материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием; Курск, 12–13 апреля 2012 г.— Курск, 2012.— С. 152–156.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЙЕНСА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Л. Ф. ШЕСТОПАЛОВА, А. Н. ГОРЕЦКАЯ

Раскрыто содержание феномена комплаенса у пациентов с гипертонической болезнью и проанализирована его представленность в зависимости от клинических и социально-демографических факторов. Выделен комплекс психологических факторов, оказывающий влияние на формирование комплаенса. Создана система психологической коррекции, которая направлена на повышение мотивации к лечению и оптимизацию соблюдения терапевтического режима больными гипертонией.

Ключевые слова: комплаенс, гипертоническая болезнь, лечебно-реабилитационный процесс, психологические факторы, система психокоррекции.

COMPLIANCE FEATURES IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

L. F. SHESTOPALOVA, A. N. GORETSKA

The content of the phenomenon of compliance in patients with essential hypertension was featured. Its features depending on clinical and sociodemographic factors were analyzed. A complex of psychological factors affecting compliance formation was identified. A system of psychological correction aimed at increase of motivation to treatment and optimization of keeping therapeutic regimen by hypertensive patients was created.

Key words: compliance, essential hypertension, treatment and rehabilitation process, psychological factors, psychocorrection system.

Надійшла 08.04.2014