



І.С. Качан

ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: прихильність до лікування, якість життя, гіпертонічна хвороба.**Ключевые слова:** приверженность к лечению, качество жизни, гипертоническая болезнь.**Key words:** adherence, quality of life, essential hypertension.

Наведено результати оцінки прихильності хворих на гіпертонічну хворобу до лікування; оцінку здійснено шляхом анкетування, проаналізовано її взаємозв'язки з якістю життя. Встановлено, що більшість хворих мають незадовільні показники прийому препаратів, модифікації способу життя, самоконтролю артеріального тиску. Найвпливовішим чинником задовільної прихильності до лікування виявилась інформованість хворих про захворювання, загрозу ускладнень, необхідність лікування.

Представлены результаты оценки приверженности пациентов с гипертонической болезнью к лечению; оценку проводили путем анкетирования, проанализированы ее взаимосвязи с качеством жизни. Установлено, что большинство больных имеет неудовлетворительные показатели приема препаратов, модификации образа жизни, самоконтроля артериального давления. Самым значимым фактором, влияющим на приверженность к терапии, оказалась информированность пациентов о заболевании, угрозе осложнений, необходимости лечения.

The results of adherence to treatment evaluated by questionnaire in patients with essential hypertension and their relationship with quality of life are shown in the article. It was found that most patients have poor medicine intake, lifestyle modification and self-control blood pressure. The most significant factor affecting adherence to therapy, was the patient's awareness about the disease, the threat of complications and need for treatment.

Однією з головних умов ефективності терапії хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) є прихильність пацієнтів до лікування (або комплаєнс), під якою розуміють ступінь відповідності поведінки пацієнта до рекомендацій лікаря [3,5]. За даними спеціалізованої літератури, близько 50% випадків неконтрольованої гіпертензії спричинено незадовільним комплаєнсом хворих [3,7]. При цьому прихильність до лікування залежить від лікаря, пацієнта та впливу захворювання на якість його життя (ЯЖ). Відомо, що чим менше хвороба впливає на життя пацієнта, тим нижча його мотивація до лікування. Крім того, можливий негативний вплив терапії захворювання на якість життя хворих, що, в свою чергу, суттєво позначається на прихильності та ефективності лікування. На сьогодні недостатньо вивченими залишаються особливості комплаєнсу хворих на гіпертонічну хворобу, а також її взаємозв'язки з ЯЖ.

МЕТА РОБОТИ

Оцінка прихильності хворих на гіпертонічну хворобу до лікування, а також аналіз її взаємозв'язків з показниками якості життя пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежені 134 хворих на гіпертонічну хворобу II стадії (69 чоловіків і 65 жінок), госпіталізовані ННМЦ «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету. Середній вік пацієнтів склав $50 \pm 7,6$ років. Верифікацію діагнозу проводили згідно до рекомендацій Української асоціації кардіологів від 2008 р. Усі пацієнти дали згоду на участь у дослідженні. Медіана тривалості захворювання (з моменту вперше встановленого діагнозу гіпертонічної хвороби) склала 6,3 (2,7;6,8) роки. Критеріями виключення були ІХС, серцева та ниркова недостатність, порушення ритму серця, окрім одиничних екстрасистол,

цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, порушення функції щитоподібної залози, супутні захворювання в фазі загострення, ожиріння III ступеня. Також у дослідження не залучали хворих, яким діагноз ГХ встановлено вперше, тобто всі пацієнти раніше лікувались від ГХ. Обстеження проводили не раніше 3 дня перебування у стаціонарі після призначення лікування.

Прихильність хворих до лікування оцінювали за допомогою оригінального опитувальника, що складався з 30 питань (свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 39834 від 30.08.2011) [2]. Структура анкети та зміст питань формували так, щоб відповіді відображали не тільки поведінку хворих щодо прийому ліків, але й стосувались інших проблем, наприклад, інформованості про захворювання, його ускладнення та необхідність щоденного лікування; модифікації способу життя; самоконтролю артеріального тиску; довіри до лікаря та задоволеності медичним обслуговуванням. Відповіді оцінювали за балами. Загальна сума балів, яку перераховували в процент відносно максимальної оцінки, відображала загальну прихильність до лікування. Бали за окремими субшкалами також підсумовували, а потім розраховували відповідний процент залежно від максимально можливого в даному блоці. Для визнання пацієнта прихильним бали мали перевищити певний поріг, а це відбувається, якщо сума за шкалою не від'ємна. При цьому задовільний комплаєнс констатують лише за умови задовільних результатів у провідних блоках: прийому ліків, самоконтролю та модифікації способу життя.

Якість життя хворих аналізували за допомогою адаптованого загального опитувальника SF-36 з розрахунком показників у діапазоні значень від 0 до 100 балів згідно з алгоритмом авторів опитувальника за наступними шкалами: GH – самооцінка здоров'я загалом, PF – фізичне функціонування; RP – рольове

фізичне функціонування, що відображає вплив фізичного стану на життєдіяльність; RE – емоційне функціонування, тобто вплив емоційного стану на життєдіяльність; SF – соціальне функціонування; BP – показник больових відчуттів та їх впливу на життєдіяльність; VT – енергійність, тобто відчуття себе повним сил та енергії; MH – психічне здоров'я. При цьому вищий бал свідчить про кращу якість життя у відповідній сфері.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакету статистичних програм STATISTICA 6.0 («Statsoft», США). Якісні показники відображали абсолютною кількістю та частками, що позначали відсотками з розрахунком 95% довірчих інтервалів (ДІ). Порівняння якісних показників і порядкових даних здійснювали за допомогою аналізу таблиць зв'язаності за критерієм χ^2 Пірсона. Взаємозв'язки між кількісними параметрами визначали за допомогою парного коефіцієнта рангової лінійної кореляції Спірмена після попереднього візуального аналізу діаграм розсіювання та коефіцієнта гамма за умови повторюваності рангів. Багатомірний аналіз проводили з використанням лог-лінійної регресії з пошуком оптимальної підмножини за частковими критеріями χ^2 та логістичної регресії з біноміальною залежною змінною, результати якої подавали у вигляді відношення шансів (ВШ) з 95% довірчим інтервалом. Усі статистичні критерії були двобічними, значущим вважали рівень $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Переважає більшість хворих – 90% (ДІ 83,8–94,2) мали низьку прихильність до лікування (табл. 1). Узагальнюючи дані опитувальника, встановлено, що показники модифікації способу життя, самоконтролю артеріального тиску, прийому препаратів виявились недостатніми. Так, лише 15% обстежених (ДІ 9,4–21,5) дотримувались дієти та мали достатню фізичну активність, а у 73% (ДІ 66–81) хворих діагностовано повний метаболічний синдром, що вимагає активних змін способу життя для профілактики кардіометаболічних ускладнень. Відомо, що стан здоров'я на 50% залежить від стилю життя і тільки на 10% від медичного обслуговування. Дослідники також зазначають, що лікарі часто не приділяють достатньо уваги саме прихильності пацієнтів до модифікації способу життя [9].

Встановлено, що 68% (ДІ 60–76) обстежених вимірювали

АТ лише при погіршенні самопочуття. Це свідчить про неконтрольоване лікування навіть за умови постійного прийому препаратів та здорового стилю життя.

Невтішними виявились показники, що характеризують прихильність до медикаментозного лікування (табл. 2). Так, регулярно приймали антигіпертензивні препарати тільки 17,2% пацієнтів (ДІ 11,3–24). Основними перешкодами ефективного щоденного лікування були заміна призначених ліків дешевшими аналогами, самостійна відмова від препарату у зв'язку з побічною дією (48% (ДІ 26–69) хворих), відмова від препарату, мета прийому якого хворим не зрозуміла (35% (ДІ 14–55) обстежених), а також пропуск прийому внаслідок забудькуватості (52% (ДІ 31–74) пацієнтів). За даними спеціалізованої літератури відомо, що забудькуватість хворих може свідчити про низьку мотивацію до лікування [1]. Водночас, 35% (ДІ 14–55) пацієнтів, які регулярно приймали препарати, вимірювали тиск лише при погіршенні самопочуття, тільки 22% (ДІ 7,1–42) хворих дотримувались дієти та мали достатню фізичну активність. Отримані результати збігаються з тенденціями, які виявили інші дослідники з цього питання [3].

Необхідно зазначити, що в процесі аналізу виявлено значні відмінності у прихильності до лікування залежно від статі хворих. Так, частка обстежених жінок з задовільними показниками прийому препаратів та інформованості про захворювання, можливі ускладнення та необхідність щоденного лікування, порівняно з хворими чоловіками, була вірогідно більшою ($p=0,04$ та $0,03$ відповідно). Однак пацієнтки рідше були задоволені медичним амбулаторним обслуговуванням ($p=0,015$). Більша прихильність до медикаментозного лікування закономірно зумовлює частішу заміну призначених препаратів, а також відмову від прийому певних ліків у зв'язку з побічною дією у хворих жінок. Логічно припустити, що виявлені статеві особливості прихильності до лікування значною мірою зумовлені перебігом ГХ і погіршенням ЯЖ у жінок, порівняно з чоловіками, а також сумнінішим ставленням пацієнток до свого здоров'я.

З огляду на отримані результати, проведено лог-лінійний аналіз для виявлення провідних факторів, що впливають на комплаєнс. Встановлено, що визначальним чинником була

Таблиця 1

Показники прихильності до лікування хворих на гіпертонічну хворобу

Параметри прихильності до лікування	Процент задовільних результатів з 95% довірчим інтервалом відносно кількості усіх обстежених пацієнтів, n=134	Процент задовільних результатів з 95% довірчим інтервалом серед хворих жінок, n=65	Процент задовільних результатів з 95% довірчим інтервалом серед хворих чоловіків, n=69
Прихильність до лікування загалом	10,5 (5,8–16,2)	15 (7,6–25,3)	5,8 (2–12,6)
Інформованість про захворювання, можливі ускладнення та необхідність щоденного лікування	27 (19–34)	35 (26–47)	19 (10–26)
Модифікація способу життя	15 (9,4–21,5)	12 (5,4–21,5)	17,4 (9,3–27,4)
Самоконтроль артеріального тиску	32 (24–40)	40 (28–52)	24,5 (15–35,6)
Довіра до лікаря	82 (75–88,1)	74 (63–83)	91 (82–96)



Адекватність виконання рекомендацій щодо медикаментозного лікування хворих на гіпертонічну хворобу

	Процент задовільних результатів з 95% довірчим інтервалом відносно кількості усіх обстежених пацієнтів, n=134	Процент задовільних результатів з 95% довірчим інтервалом серед хворих жінок, n=65	Процент задовільних результатів з 95% довірчим інтервалом серед хворих чоловіків, n=69
Постійний прийом препаратів	17,2 (11,3–24)	23 (14–34)	12 (5,1–15)
Заміна призначеного препарату дешевшим аналогом	27 (19–34)	35 (24–47)	17 (9–23,4)
Пропуск прийому внаслідок забудькуватості	40 (31–48)	43 (31–55)	36 (25–48)
Труднощі прийому ліків у зв'язку зі складною схемою та значною кількістю призначених препаратів	19 (13–26)	14 (6,8–23)	25 (15–35,6)
Відмова від прийому призначеного препарату у зв'язку з побічними ефектами	22,4 (15,7–30)	32 (21–43)	13 (6,1–20,1)
Відмова від прийому препарату у зв'язку з незрозумінням мети його призначення	41 (33–49)	49 (37–61)	33 (22–45)

інформованість хворих про захворювання, його ускладнення та лікування. Так, незалежно від статі хворих, достатня інформованість була вірогідним предиктором, перш за все, постійного прийому препаратів ($\chi^2=35$, $p<0,001$) та щоденного контролю АТ ($\chi^2=22,6$, $p<0,001$). Достовірною була також залежність між інформованістю, модифікацією способу життя та задоволеністю медичною допомогою ($\chi^2=4,6$, $p=0,03$ та $\chi^2=3,9$, $p=0,048$ відповідно). Ці результати узгоджуються з даними інших досліджень, що свідчать про значення інформованості хворих на ГХ [1,4,8]. За даними ВООЗ, до персональних факторів, що визначають прихильність до терапії, належать якісний контакт між лікарем і хворим, роз'яснення пацієнту мети та завдань терапії, прості, чіткі інструкції, самоконтроль пацієнта та планове спостереження лікаря [3]. Серед обстежених пацієнтів достатньо інформованими були тільки 27% (ДІ 19–34) з вірогідним переважанням жінок, порівняно з чоловіками. Необхідно зазначити, що у обстежених чоловіків виявлено взаємозв'язки між рівнем інформованості, частотою кризів і кратністю госпіталізацій (коефіцієнт гамма 0,2, $p=0,047$ та 0,3, $p=0,007$ відповідно). Отримані дані свідчать про недоліки роботи лікарів з пацієнтами, адже 46% хворих (ДІ 37–54) не змогли назвати ускладнення ГХ, а 66% пацієнтів (ДІ 58–74) не знали про необхідність постійного прийому антигіпертензивних препаратів, 18% (ДІ 11,9–24,5) хворих вважали, що приймати ліки при підвищеному АТ на фоні гарного самопочуття не потрібно. Крім того, 53% (ДІ 44–61) хворих зазначали, що іноді лікарські засоби більше шкодять, ніж ідуть на користь. Необхідно зазначити, що важливість повноцінного інформування пацієнтів для підвищення прихильності до лікування зумовлена також тим, що 39% обстежених хворих (ДІ 28–50) негативний вплив захворювання на повсякденне життя пов'язували саме з необхідністю лікування. Водночас 32% недостатньо інформованих пацієнтів зазначили, що не потребують додаткової інформації про захворювання та лікування, що свідчить про їх низьку мотивацію до терапії.

Надалі проаналізовано взаємозв'язки між прихильністю до лікування та якістю життя. Виявилось, що комплаєнс пацієнтів закономірно зростає паралельно зниженню показників ЯЖ. Так, у жінок зворотна взаємозалежність отримана між рольовим фізичним функціонуванням (RP), модифікацією способу життя та показником прийому препаратів (коефіцієнт гамма -0,45, $p<0,001$ та -0,24, $p=0,02$ відповідно), а також між рольовим емоційним функціонуванням (RE) та модифікацією способу життя (коефіцієнт гамма -0,28, $p=0,013$). У хворих чоловічої статі на тлі зниження фізичного функціонування (PF) та посилення впливу больових відчуттів (BP) зростає показник самоконтролю (коефіцієнт гамма -0,38, $p<0,001$ та -0,25, $p=0,02$ відповідно). Показник болю (BP) також був пов'язаний з модифікацією способу життя (коефіцієнт гамма -0,26, $p=0,022$). Отримані результати узгоджуються з даними літератури про зростання мотивації до лікування за умови погіршення ЯЖ [6]. Однак, в моделі логістичної регресії з включенням параметрів ЯЖ та інформованості пацієнтів про захворювання, його ускладнення та лікування вірогідним предиктором, постійного прийому препаратів, щоденного вимірювання АТ та модифікації способу життя виявилась саме інформованість (ВШ 43,7 (ДІ 10–183), 14,8 (ДІ 4,3–51,5) 3,7 (ДІ 1,2–11,2) відповідно), при цьому вплив показників ЯЖ не досягав значущого рівня. Логічно припустити, що інформованість хворих значніше впливає на прихильність до лікування, ніж якість життя пацієнтів.

ВИСНОВКИ

1. Регулярно приймають антигіпертензивні препарати, дотримуються дієти та щоденно контролюють артеріальний тиск лише 10,5% (ДІ 5,8–16,2) пацієнтів. Водночас 90% хворих на гіпертонічну хворобу мають низьку прихильність до лікування. Регулярно приймають антигіпертензивні препарати тільки 17,2% пацієнтів (ДІ 11,3–24), дотримуються дієти та мають достатню фізичну активність лише 15% обстежених (ДІ 9,4–21,5), щоденно



вимірюють артеріальний тиск 32% хворих (ДІ 24–40).

2. Адекватна інформованість пацієнтів про негативний вплив підвищеного артеріального тиску, необхідність лікування для запобігання розвитку ускладнень гіпертонічної хвороби є вірогідним предиктором постійного прийому препаратів ($\chi^2=35$, $p<0,001$), самоконтролю артеріального тиску ($\chi^2=22,6$, $p<0,001$) та модифікації способу життя ($\chi^2=4,6$, $p=0,03$).

3. Прихильність до лікування хворих на гіпертонічну хворобу зростає паралельно зниженню показників якості життя. Проте, за результатами логістичної регресії, інформованість хворих про можливість розвитку ускладнень за відсутності лікування має більш істотний вплив на прихильність їх до лікування, ніж динаміка показників якості життя.

Перспективи подальших досліджень. Оцінка ефективності мотиваційних програм, додаткового інформування пацієнтів у підвищенні прихильності до лікування для досягнення основної мети – зниження кардіоваскулярного ризику та покращення якості життя.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Влияние стандартных наглядных мотивирующих рекомендаций на приверженность к долгосрочной терапии / *Е.А. Наумова, Е.Р. Тарасенко, Ю.Г. Шварц* // Международный медицинский журнал. – 2007. – №1. – С. 123–129.
2. Качан І.С. Оцінка прихильності хворих на гіпертонічну хворобу / *І.С. Качан* // Запорозький медичний журнал. – 2012. – №1. – С. 70–72.
3. Прихильність до лікування як наріжний камінь сучасної терапії артеріальної гіпертензії / *Ю.М. Сиренко, Г.Д. Радченко, К.В. Міхеєва та ін.* // Український кардіологічний журнал. – 2011. – Додаток №1. – С. 5–15.
4. Adherence therapy for medication non-compliant patients with hypertension: a randomised controlled trial / *Alhalaiqa F., Deane K.H., Nawafleh A.H. [et al.]* // J. Hum. Hypertens. – 2012. – Vol. 26, №2. – P. 117–126.
5. Brown M.T. Medication Adherence: WHO Cares? / *Brown M.T., Bussell J.K.* // Mayo. Clin. Proc. – 2011. – Vol. 86, №4. – P. 304–314.
6. Chen S.L. Symptom experience, causal attribution and adherence to therapeutic regimens: patients with hypertension / *Chen S.L., Tsai J.C.* // Hu. Li. Za. Zhi. – 2012. – Vol. 59, №1. – P. 5–10.
7. Intensive Monitoring of Adherence to Treatment Helps to Identify «True» Resistant Hypertension / *De Souza W.A., Sabha M., de Faveri Faverio F. [et al.]* // J. Clin. Hypertens. (Greenwich). – 2009. – Vol. 11, №4. – P. 183–194.
8. Magadza C. The effect of an educational intervention on patients' knowledge about hypertension, beliefs about medicines, and adherence / *Magadza C., Radloff S.E., Srinivas S.C.* // Res. Social Adm. Pharm. – 2009. – Vol. 5, № 4. – P. 363–375.
9. The assessment of adherence of hypertensive individuals to treatment and lifestyle change recommendations / *Uzun S., Kara B., Yokuşoğlu M [et al.]* // Anadolu Kardiyol. Derg. – 2009. – Vol. 9, №2. – P. 102–109.

Відомості про автора:

Качан І.С., аспірант каф. сімейної медицини на терапії ФПО ЗДМУ.

Адреса для листування:

Качан Ігор Сергійович. 69118, м. Запоріжжя, вул. Автозаводська, буд. 60, кв. 14.

Тел. : (061) 764 64 52.

E-mail: kachan44ik@rambler.ru.

Поступила в редакцію 27.03.2012 г.