

УДК 159.92:616.12-008.331.1

Исследование психологических факторов, влияющих на формирование комплайенса у больных гипертонической болезнью

Горецкая А.Н.

На основании комплексного психодиагностического исследования 114 больных гипертонической болезнью (ГБ) I и II стадий был выделен комплекс факторов, которые оказывают влияние на формирование комплайенса при ГБ, среди которых социально-демографические, клинические и психологические факторы. К клиническим факторам относятся: стадия ГБ, длительность заболевания, количество госпитализаций, к социально-демографическим факторам относятся возраст и пол. К психологическим факторам, которые оказывают влияние на формирование комплайенса при ГБ, относятся: личностные особенности больных ГБ, стратегии совладания со стрессом, локус-контроля, внутренняя картина болезни, нарушения эмоциональной сферы, особенности коммуникативной сферы, субъективная оценка качества жизни.

Ключевые слова: комплайенс, гипертоническая болезнь, клинические факторы, социально-демографические факторы, психологические факторы, лечебно-реабилитационный процесс.

На підставі комплексного психодіагностичного дослідження 114 хворих на гіпертонічну хворобу I і II стадій було виділено комплекс факторів, які впливають на формування компласнса при ГХ, серед яких: соціально-демографічні, клінічні та психологічні фактори. До клінічних факторів відносяться: стадія ГХ, тривалість захворювання, кількість госпіталізацій. До соціально-демографічних факторів відносяться вік і стать. До психологічних факторів, які впливають на формування комплайенса при ГХ, відносяться: особистісні особливості хворих ГХ, стратегії подолання стресу, локус-контролю, внутрішня картина хвороби, порушення емоційної сфери, особливості комунікативної сфери, суб'єктивна оцінка якості життя.

Ключові слова: комплаєнс, гіпертонічна хвороба, клінічні фактори, соціально-демографічні фактори, психологічні фактори, лікувально-реабілітаційний процес.

Based on a comprehensive study of 114 patients psychodiagnostic hypertensive stage I or II was isolated complex factors that influence the formation of compliance with hypertonic disease, including socio-demographic, clinical and psychological factors. Clinical factors include stage hypertonic disease, duration of illness, number of hospitalizations, the socio-demographic factors include age and gender. The psychological factors that influence the formation of compliance with hypertonic disease, include: personal characteristics of patients with hypertonic disease, coping strategies, locus of control, internal picture of the disease, disorders of the emotional sphere, particularly communicative sphere, subjective quality of life.

Keywords: compliance, hypertension, clinical factors, socio-demographic factors, psychological factors, treatment and rehabilitation process.

Соблюдение режима лечения, следование врачебным рекомендациям при различных заболеваниях, является критически важным для получения оптимальных результатов долгосрочного лечения и определяющим фактором эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

Несмотря на значительные успехи в лечении, а именно эффективную гипотензивную терапию, которая обеспечивает адекватный контроль над артериальным давлением, приблизительно 60% больных гипертонической болезнью (ГБ) склонны прекратить прием препаратов после того, как достигли эффекта снижения артериального давления. Полноту соблюдения больными терапевтического режима определяют термином «комплаєнс», который на сегодняшний день толкуется неоднозначно.

Одним из первых применил термин «комплаєнс» (compliance) к области здравоохранения Sackett в 1976 г. Несколько позже и Haynes R.B. в работе «Согласие в заботе о здоровье» (дословный перевод). Becker M.H., Mainman L.A. в 1983 г. определяли комплаєнс как адекватную «модель выздоровления» и меру следования пациента врачебным рекомендациям [1]. Вскоре, дословный перевод термина перестал удовлетворять запросы современной медицинской психологии, и начал наполняться новыми значениями. Данные изменения в терминологии отражали переход от патерналистской модели отношений между врачом и пациентом, когда все важные решения принимает доктор, а пациенту отводится пассивная роль, к более современной модели отношений, которая дает возможность пациенту и членам его семьи участвовать в принятии решений, касающихся лечения. Эта модель предполагает открытость и прозрачность отношений партнеров (врача и пациента) в борьбе с недугом, а также уважение мнения пациента и его учет при планировании лечебно-реабилитационного воздействия.

На сегодняшний день термин «комплаенс» имеет несколько определений. Так, И.П. Лапин (2000) определяет комплаенс как «согласие пациента на медикаментозное лечение», по определению M. Linden'a (2001) – это «отношение фактической терапии к терапии стандарту», D. Misdrahi в соавт. (2002) обозначают этот термин как «степень соответствия поведения пациента с полученными медицинскими рекомендациями», А.Б. Смудевич в соавт. (2005) дают более развернутое определение комплаенса: «это осознанное сотрудничество между врачом, больным и членами его семьи. COMPLAENCS является «терапевтическим инструментом», обеспечивающим заинтересованность пациента в процессе лечения, что способствует точному выполнению врачебных рекомендаций и позволяет объективно судить об эффективности терапии» [2, 3]. О.И. Карпов определяет комплаенс как «комплекс мероприятий, направленных на безукоризненное и осознанное выполнение больным врачебных рекомендаций» [4]. А.С. Нелюбина описывает комплаенс как выражение поведения человека в ситуации болезни (illness behavior), меру следования пациентом врачебным предписаниям, выражающуюся в адекватности модели выздоровления и копинге – объективно регистрируемом или интрапсихическом действии, направленном на изменение характера нарушенных взаимоотношений между индивидом и средой [цит. по 5].

Мы исходили из определения, предложенного Шестопаловой Л.Ф., согласно которому комплаенс является системой оценок, установок, убеждений, мотиваций и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения лечебно-реабилитационных рекомендаций (Л.Ф. Шестопалова, 2008 г.). Данный феномен формируется в ходе терапевтического сотрудничества как результат согласованности взглядов врача и пациента на симптомы болезни, ее прогноз и ожидаемые результаты лечения.

Высокая медико-социальная значимость проблемы и отсутствие знаний о механизмах формирования комплаенса при ГБ, определяют актуальность данного исследования.

Исследование проводилось на протяжении 2008-2011 гг. на клинических базах отдела медицинской психологии и отдела сосудистой патологии головного мозга Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины». Обследовано 114 пациентов с диагнозом гипертоническая болезнь. Диагноз гипертоническая болезнь I стадии имел место у 30% лиц; II стадии – 70%, из них 62% женщин и 38% мужчин. Средний возраст обследованных составил $53,5 \pm 7,5$ лет, средняя длительность заболевания – $13,2 \pm 8,8$ лет, среднее количество госпитализаций – $2,2 \pm 1,6$ раз.

Все пациенты, были информированы о целях и задачах исследования и подписали информированное согласие на участие в нем. При обследовании больных ГБ использовались следующие психодиагностические методики: методика «Исследование типов комплаенса больных» (Лесная Н.Н., 2007); 16-ти факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла (вариант А, Кеттелл Р.Б., 1970; вариант, адаптированный Похилько В.И. в соавт., 1985); методика психологической диагностики отношения к болезни «ТОБОЛ» (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1987; Вассерман Л.Й. в соавт., 2005); методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (Эндлер Н.С., Паркер Д.А., 1990; адаптация Т.Л. Крюковой, 2001); «Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90)» Л.Р. Дерогатис (Derogatis L.R. et al., 1987); методика «Оценка интегративного показателя качества жизни» (Mezzich J.E. et al., 1999); методика «Диагностика общей коммуникативной толерантности» (Бойко В.В., 1998); методика «Уровня субъективного контроля» (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М., 1984).

На основании корреляционного и факторного анализов полученных результатов исследования была дифференцирована система факторов, которая в свою очередь состоит клинических факторов, социально-демографических и психологических факторов, которые способствуют или препятствуют формированию комплаенса.

К клиническим факторам относятся стадия ГБ (I или II), длительность заболевания (стаж заболевания), количество госпитализаций. К факторам способствующим формированию комплаентного поведения относятся: длительность заболевания до 5 лет, а также первая госпитализация. Понижают степень комплаентности стаж заболевания свыше пяти лет и неоднократные госпитализации.

К социально-демографическим факторам относятся возраст и пол. Между показателем возраста и определенным типом комплаенса взаимосвязь не установлена. У мужчин достоверно чаще формируется формальный тип комплаенса.

Клинические и социально-демографические факторы представлены на рисунке 1.

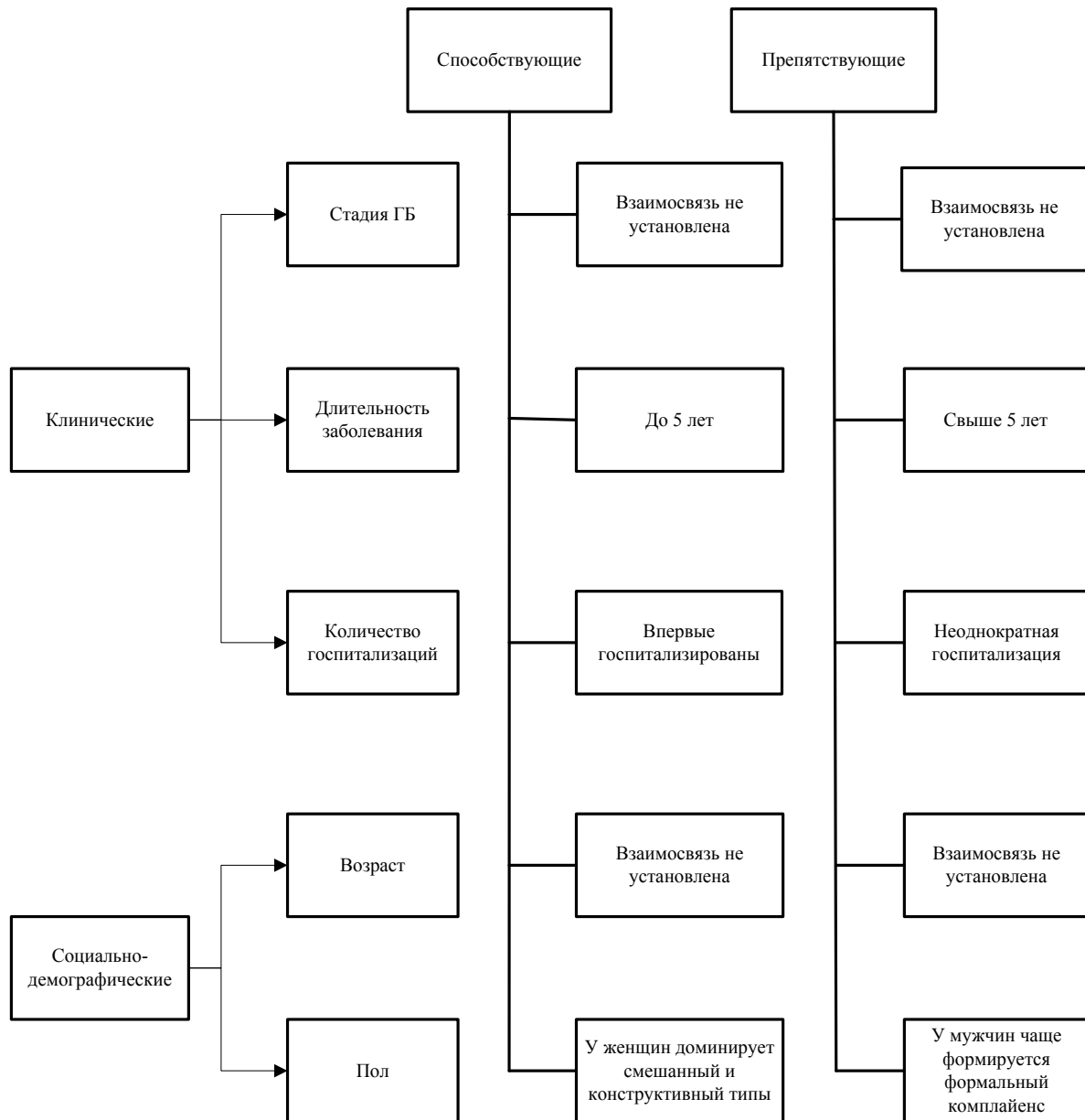


Рис. 1. Клинические и социально-демографические факторы, оказывающие влияние на формирование комплаенса при ГБ.

К психологическим факторам относятся личные особенности больных ГБ: особенности коммуникативной сферы, копинга, внутренней картины болезни, нарушения личностной и эмоциональной сферы, субъективной оценки качества жизни, локуса-контроля. К психологическим факторам, которые способствуют формированию наиболее гармоничного типа (конструктивного) комплаенса относятся общительность, чувствительность, проблемно-ориентированный копинг, гармоничный тип отношения к болезни, соматизация и тревожность, ощущение психологического благополучия и духовной реализации, интернальный локус-контроля.

Психологические факторы, определяющие комплаенс при ГБ представлены на рисунке 2.

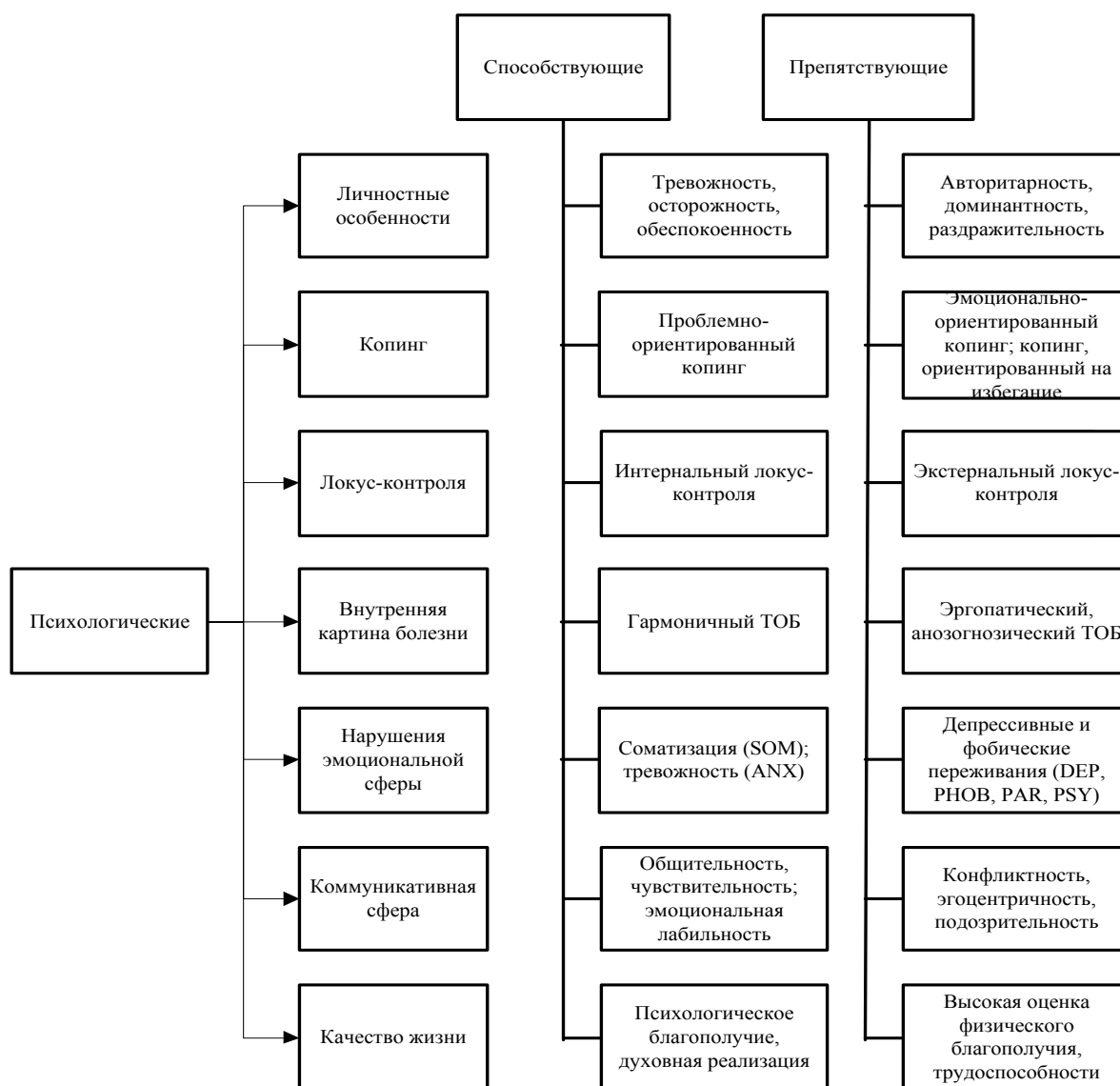


Рис. 2. Комплекс психологических факторов, лежащих в основе формирования комплайенса.

К психологическим факторам, которые препятствуют формированию адекватной терапевтической установки, относятся черты конфликтности, независимости, эгоцентричности, подозрительности, эмоционально-ориентированный копинг и копинг, ориентированный на избегание, эргопатический и анозогнозический тип отношения к болезни, симптомы депрессии, враждебности, фобической тревожности, психотизма и паранойи, высокая самооценка физического благополучия и трудоспособности, экстернальный локус-контроля.

Внутренняя картина болезни пациентов с наиболее оптимальным типом комплайенса (конструктивным) отражает установку на активное участие в процессе выздоровления и самостоятельное совладание с болезнью. При межличностном взаимодействии пациенты общительны, готовы к сотрудничеству, внимательны к людям, легко приспосабливаются. Характеризуются сохранными адаптационными механизмами: адекватно реагируют на заболевание, совершают самостоятельные действия в целях выздоровления и снижения тревоги. Эти пациенты представляются эмоционально более зрелыми и выдержанными, чем пациенты со смешанным типом комплайенса.

Для пациентов со смешанным типом комплайенса характерно то, что при оценке, решении проблем и в стрессовых ситуациях на первый план выступает не рациональная (когнитивная) переработка сложившейся ситуации, а эмоциональное реагирование. В ситуации госпитализации происходит субъективная переадресация ответственности за выздоровление врачу и другим медицинским специалистам, присутствует убежденность в фатальной предопределенности возникновения, течения и исхода заболевания, вплоть до отказа от самостоятельного участия в процессе лечения. Межличностное взаимодействие данных пациентов опосредовано чувствительностью к оценкам окружающих, ожиданием негативного отношения со стороны других людей, дискомфортом в конфликтных ситуациях. При этом пациент пребывает в постоянном поиске социо-эмоциональной поддержки, одобрения со стороны значимых близких и зависимостью от их мнений.

Пациенты с формальным типом комплаенса характеризуются поведением, отрицающим болезнь. Категория «поведение, отрицающее болезнь» включает в себя три варианта поведения. Первый из них охватывает состояния, в основе которых лежит отрицание болезни для продолжения трудовой деятельности (эргопатический). Второй тип включает категорию «несогласия с лечением», третий тип представлен анозогнозией.

Таким образом, полученные результаты исследования имеют важное значение для прогнозирования терапевтического поведения столь многочисленной группы пациентов, какими являются больные с ГБ, оценки правильности соблюдения ими медицинских рекомендаций и своевременное включение в терапевтическую систему методов оптимизации комплаенса, что в свою очередь позволяют значительно повысить эффективность лечения.

Литература

1. Haynes R.B. Interventions for enhancing medication adherence / R.B. Haynes, X. Yao, A. Degani [et al.] / *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005, Issue 4.
2. Лапин И. П. Плацебо и терапия / И.П. Лапин. – СПб.: Лань, 2000. – 224 с.
3. Смулевич А. Б. Психокardiология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев, С.В. Иванов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 784 с.: ил.
4. Карпов О. И. Фармакоэкономическая изнанка комплаенса основных препаратов сульфонилмочевины [Текст] / О. И. Карпов // *Трудный пациент*. – 2006. – № 10 – С. 50-53.
5. Солондаев В.В., Сумеркина Д.В. Комплаенс в общении врач-больной. [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2011. N 4.
6. Шестопалова Л. Ф. Психологічні фактори формування комплаєнса хворих з алкогольною залежністю [Текст] / Л.Ф. Шестопалова, Н.М. Лісна // *Журнал психіатрії і медичинської психології*. – 2008. – №3 (20). – С. 61-67.