

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.12-008.331.1-085:159.09

Л.Є. Трачук¹, С.Г. Сахно², Н.В. Береза¹

ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПІДВИЩЕННЯ КОМПЛАЄНСУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ: РОЗРОБКА ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця¹
Український НДІ соціальної і судової психіатрії і наркології²

Мета дослідження: підвищення комплаєнсу за допомогою психокорекційних заходів особистісної спрямованості при проведенні антигіпертензивної терапії у пацієнтів із артеріальною гіпертензією

Матеріали та методи дослідження. Дослідження, спрямоване на розробку та впровадження психокорекційної програми для підвищення комплаєнсу, проводили в 2011–2013 рр. Всього обстежено 203 пацієнти з артеріальною гіпертензією, з них відібрано 150 пацієнтів з низьким та середнім комплаєнсом: 77 – для основної групи (брали участь у психокорекційній програмі та отримували гіпотензивну терапію) та 73 – для групи порівняння (отримували лише гіпотензивну терапію).

Результати та їх обговорення. Розроблена програма показала високу ефективність – у пацієнтів з основної групи дослідження виявлене достовірне підвищення комплаєнсу, збільшення рівня інтенсивності ставлення до здоров'я та зменшення частоти гіпертензивних кризів середнього ступеня тяжкості та тяжких, на відміну від групи порівняння ($p < 0,05$).

Висновки. Дослідження результативності психокорекційної програми, впроваджені до комплексної терапії пацієнтів з артеріальною гіпертензією, свідчить про покращення комплаєнтності та оптимізацію контролю артеріального тиску, що значно збільшує ефективність лікування серед цього контингенту хворих.

Ключові слова: психокорекційна програма, комплаєнс, антигіпертензивна терапія, артеріальна гіпертензія.

Розвиток медичної науки і прогрес в галузі фармакології дали в руки співробітників системи охорони здоров'я інструменти, здатні значно збільшити тривалість життя пацієнтів, поліпшити якість їх життя або вилікувати захворювання [1]. Однак більше половини пацієнтів із хронічними захворюваннями не приймають призначених препаратів. Саме тому темою сучасних досліджень в галузі клінічної медицини та психології є проблема комплаєнсу.

Дослідження комплаєнсу, чинників, які його визначають, розробка та впровадження психокорекційних програм для пацієнтів є одним із шляхів покращення прихильності до терапії та, в результаті, до підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії.

Актуальність. Серцево-судинні захворювання є однією з основних причин смертності в усьому світі. Згідно зі статистичними даними, близько 40% дорослих людей у світі мають підвищений артеріальний тиск (АТ) [2]. Як показали результати численних обсерваційних епідеміологічних досліджень та їх мета-аналізів, артеріальна гіпертензія (АГ) є чинником розвитку інсульту, всіх форм ішемічної хвороби серця, хронічної серцевої недостатності, хронічної ниркової недостатності, розшарування аорти та інших уражень екстракардіальних артерій [3].

За даними офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я, на 1 січня 2011 року в Україні зареєстровано 12 122 512 хворих на АГ, що становить 32,2% дорослого населення країни [4]. Більше половини осіб, які лікуються, мають АТ понад 140/90 мм рт. ст., приблизно третина пацієнтів припиняють лікування, особливо протягом перших декількох місяців, а більшість приймає лише 50% призначених препаратів [5, 6].

Після призначення медикаментозного лікування проблемою стає рівень прихильності до терапії – комплаєнс. Низький комплаєнс погіршує якість життя пацієнтів, збільшує кількість госпіталізацій та призводить до підвищення збитків у системі надання медичної допомоги [7].

При лікуванні хронічних захворювань низький рівень комплаєнсу обумовлений такими чинниками, як довготривалість та пожиттєвість призначеної терапії, часто безсимптомний перебіг хвороби, з приводу якої призначено лікування, а також певними соціально-демографічними факторами. Важливе значення у формуванні комплаєнсу мають особливості терапії, особистість лікаря та організація надання медичної допомоги [8, 9].

Психічний статус і особливості хворих, зокрема із початковими стадіями АГ, суттєво впливають на участь пацієнтів в немедикаментозній терапії [10]. Домінуючі

Таблиця 1. Структура психокорекційної програми підвищення комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії

№	Етап програми	Основні мішені та цілі етапу
I. Стационарний етап психокорекції		
1	Клініко-інформаційний етап	Забезпечення пацієнтів інформацією про захворювання та аспекти антигіпертензивної терапії. Психоосвіта пацієнтів
2	Мотиваційне інтерв'ю	Забезпечення максимальної адаптації пацієнтів до лікувального процесу. Розробка плану трансформації способу життя
3	Визначення особистих труднощів, які заважають дотриманню терапії	Ідентифікація проблемних питань, пов'язаних з прийомом медикаментів і утриманням АГ на оптимальному рівні. Розробка шляхів подолання труднощів у процесі корекції способу життя і дотримання медикаментозної терапії
4	Вручення буклета з основною наданою інформацією	Забезпечення інформацією про зміст стаціонарного етапу програми. Надання рекомендацій щодо модифікації способу життя
II. Амбулаторний етап психокорекції		
1	Клініко-інформаційний етап (розширений)	Поглиблення знань пацієнтів щодо особливостей перебігу АГ та аспектів медикаментозної терапії
2	Мотиваційне інтерв'ю	Дослідження та психокорекція основних мотивів пацієнта для дотримання терапії та одужання
3	Складання програми трансформації способу життя	Обговорення з пацієнтами шляхів зміни способу життя із наданням їм максимальної свободи для прийняття індивідуального рішення. Модифікація способу життя: дотримання прийому препаратів, дієти, фізичної активності, припинення куріння, відмова від алкоголю та подолання стресу
4	Корекція ставлення до здоров'я	Формування свідомого розуміння необхідності лікування, бажання і спроможності виконувати медичні рекомендації та прагнення до здоров'я
5	Дихальна та нервово-м'язова релаксація	Навчання пацієнтів навичкам подолання стресу за допомогою дихальної та нервово-м'язової релаксації, зокрема для запобігання підвищенню АГ
6	Підтримка самоврядування пацієнтів з АГ	Підкреслення центральної ролі пацієнта в управлінні своєю хворобою. Використання ефективної підтримки стратегій самоврядування. Організація внутрішнього і суспільних ресурсів для забезпечення безперервної підтримки самоврядування для пацієнтів
7	Підтримувальний етап	Підтримка пацієнтів при впровадженні розробленого плану трансформації способу життя із корекцією труднощів, які виникають

риси особистості пацієнта, а також тип суб'єктивного контролю визначають тип реагування на хворобу, обумовлюють формування внутрішньої картини хвороби та установку на лікування і дотримання медичних рекомендацій [11]. Наявні на сьогодні дослідження індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів із АГ, які впливають на прихильність до терапії, достатньо не описані у літературі для активного використання у практиці.

Мета: підвищення комплаєнсу пацієнтів з АГ при проведенні антигіпертензивної терапії за допомогою психокорекційних заходів особистісної спрямованості.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили на базі Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, поліклініки № 2 Шевченківського району м. Києва, поліклініки № 3 Деснянського району м. Києва, Медичного центру «Адоніс плюс» у Києві з 2011 по 2013 рр. Всього обстежили 203 пацієнти з артеріальною гіпертензією, з них для участі в подальшому дослідженні відібрали 150 пацієнтів з низьким

та середнім комплаєнсом, 77 з них – для основної групи (отримували гіпотензивну терапію і брали участь у розробленій психокорекційній програмі особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу) та 73 – для групи порівняння (отримували лише гіпотензивну терапію).

Методи дослідження. Клініко-діагностична бесіда із заповненням карти клінічного та психодіагностичного обстеження пацієнта з артеріальною гіпертензією; шкала прихильності до лікування Morisky (MMAS); методика визначення тривожності Спілбергера – Ханіна; Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник; методика «Рівень суб'єктивного контролю»; методика «Індекс ставлення до здоров'я» (Дерябо С.Д., Ясвін В.А.).

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (Statistica, Excel) за допомогою кореляційного і факторного аналізу й критеріїв перевірки статистичних гіпотез (Стьюдента, Фішера, хі-квадрат).

Результати та їх обговорення

Серед пацієнтів з АГ була впроваджена і розроблена нами психокорекційна програма для підвищення комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії. Ця програма розрахована на 1,5 року та інтегрована у процес курації пацієнтів таким чином, щоб опосередковано впливати на систему комунікації пацієнта і лікаря.

Розроблена психокорекційна програма оптимізації комплаєнсу складається зі стаціонарного та амбулаторного етапів, структура яких наведена у таблиці 1.

Таблиця 2. Рівень комплаєнсу у пацієнтів основної групи та групи порівняння

Рівень комплаєнсу	Основна група (N=77)				Група порівняння (N=73)			
	на початку дослідження		у кінці дослідження		на початку дослідження		у кінці дослідження	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	0	0	55	71,4	0	0	5	6,8
Середній	26	33,8	16	20,8	23	31,5	28	38,4
Низький	51	62,3	6	7,8	50	68,5	40	54,8
χ^2, p	$\chi^2=92,9, p=0,0001$				$\chi^2=6,6, p=0,037$			

Таблиця 3. Рівень інтенсивності ставлення до здоров'я у пацієнтів основної групи та групи порівняння

Рівень інтенсивності ставлення до здоров'я	Основна група (N=77)				Група порівняння (N=73)			
	на початку дослідження		у кінці дослідження		на початку дослідження		у кінці дослідження	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	5	6,5	47	61,0	1	1,4	4	5,5
Середній	32	41,6	28	36,4	50	68,5	53	72,6
Низький	40	51,9	2	2,6	22	30,1	16	21,9
χ^2, p	$\chi^2=68,6; p=0,0001$				$\chi^2=2,8; p=0,242$			

Таблиця 4. Частота гіпертензивних кризів середнього ступеня тяжкості і тяжких протягом року у пацієнтів основної групи та групи порівняння

Частота гіпертензивних кризів	Основна група (N=77)				Група порівняння (N=73)			
	на початку дослідження		у кінці дослідження		на початку дослідження		у кінці дослідження	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Немає	7	9,1	42	54,5	4	5,5	8	11,0
Рідко	39	50,6	30	39,0	32	43,8	35	47,9
Часто	31	40,2	5	6,5	37	50,7	30	41,1
χ^2, p	$\chi^2=44,9; p=0,0001$				$\chi^2=2,2; p=0,333$			

У 71,4% пацієнтів основної групи після участі в психокорекційній програмі виявлено високий рівень комплаєнсу. Також встановлено значне зменшення питомої частки пацієнтів із низьким рівнем комплаєнсу (7,8% порівняно з 62,3%) – $p < 0,05$. Розподіл пацієнтів за рівнями комплаєнсу у групі порівняння залишився майже без змін (високий рівень комплаєнсу в кінці дослідження був у 6,8%, середній – у 38,4%, низький – у 54,8%). Цей розподіл представлений у таблиці 2.

Після завершення програми було виявлено збільшення рівня інтенсивності ставлення до свого здоров'я у пацієнтів основної групи, що представлено у таблиці 3. Високий рівень ставлення до здоров'я після участі в програмі виявили у 61,0% пацієнтів, порівняно з 6,5%, які визначалися до психокорекції ($p < 0,05$). Середній рівень був у 36,4% (порівняно з 61,6%), низький – у 2,6% учасників (порівняно з 51,9%). У пацієнтів групи порівняння рівень ставлення до здоров'я майже не змінився: високий був у 5,5% в кінці дослідження (на початку у 1,4%), середній – у 72,6% в кінці (на початку у 68,5%), низький рівень – у 21,9% (на початку у 30,1%).

Через рік після початку участі в психокорекційній програмі серед учасників основної групи виявлено переважання частки пацієнтів, у яких гіпертензивні кризи відсутні – 54,5% (до участі 9,1%); помірне зменшення питомої частки хворих, у яких гіпертензивні кризи траплялися рідко (1–2 рази на рік) – 39,0% (до участі 50,6%); та значне зниження кількості пацієнтів з частими гіпертензивними кризами (3 і більше разів на рік) – 6,5% (до участі 40,2%). У групі порівняння, серед пацієнтів, які не брали участі у програмі, частота гіпертензивних кризів залишилась майже без змін. Результати наведені у таблиці 4.

Підвищення рівня комплаєнсу, збільшення рівня інтенсивності ставлення до здоров'я, зменшення частоти гіпертензивних кризів свідчать про ефективність пси-

хокорекційної програми особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу при лікуванні АГ.

Висновки

Досягнення регулярного контролю АГ є важливе для запобігання виникненню та розвитку серцево-судинних захворювань та зниження смертності. Низький комплаєнс є однією з основних причин недостатньої ефективності лікування артеріальної гіпертензії. Розроблені на сьогодні програми оптимізації комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії не орієнтовані на психологічні та особистісні особливості пацієнтів.

Нами розроблена та впроваджена у клінічну практику психокорекційна програма особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу пацієнтів з АГ, спрямована на формування свідомого розуміння необхідності лікування, виконання медичних рекомендацій та прагнення до здоров'я.

Впровадження розробленої психокорекційної програми серед пацієнтів з гіпертонічною хворобою забезпечило досягнення оптимальної прихильності до лікування, підвищення рівня інтенсивності ставлення до здоров'я та зменшення частоти гіпертензивних кризів, що сприяло поліпшенню ефективності контролю артеріальної гіпертензії.

Список використаної літератури

1. Плавинский С. Л. Мероприятия по усилению приверженности терапии / С. Л. Плавинский. – Москва, 2007. – 48 с.
2. Москаленко В. Ф. Гіпертонія як медико-соціальна проблема: масштаби і тенденції поширення, наслідки, стратегії боротьби / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2013 р. // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2013. – № 1 (21) – С. 28–39.
3. Амосова Е. Н. Новые возможности снижения кардиоваскулярного риска у больных артериальной гипертензией / Е. Н. Амосова // Здоров'я України. – 2005. – № 22 (131). – С. 17.
4. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії» від 24.05.2012 р. № 384.
5. Adherence to pharmacologic management of hypertension / R. Feldman [et al.] // Can. J. Public Health. – 1998. – V. 89. – P. 116–118.
6. Haynes R. B. Helping patients follow prescribed treatment / R. B. Haynes, H. P. McDonald, A. X. Garg // JAMA – 2002. – Vol. 288 (22). – P. 2880–2883.
7. The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review / N. Muszbek [et al.] // International Journal of Clinical Practice. – 2008. – V. 62 (2). – P. 338–351.
8. Suliman A. Systematic Review of Patient Self-Reported Barriers of Adherence to Antihypertensive Medications Using the World Health Organization Multidimensional Adherence Model / A. Suliman, A. Christine, A. Hughe // The Journal of Clinical Hypertension. – 2012. – V. 14. – P. 877–886.
9. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003. – Medical. – 198 p.
10. Таравкова И. А. Психологические предикторы участия больных с начальными стадиями гипертонической болезни в немедикаментозной терапии: автореф. дис. на соискание научной степени канд. мед. наук: 19.00.04 / И. А. Таравкова; Российский Университет дружбы народов. – М., 1992. – 19 с.
11. Медична психологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл. / С. Д. Максименко [та ін.]; за заг. ред. акад. С. Д. Максименка. – Вид. 2-ге. – Вінниця: Нова книга, 2010. – 515 с.

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНСА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ: РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Л.Е. Трачук, С.Г. Сахно, Н.В. Береза

Ключевые слова: психокоррекционная программа, комплаенс, антигипертензивная терапия, артериальная гипертензия.

Цель исследования: повышение комплаенса при проведении антигипертензивной терапии при помощи психокоррекционных мероприятий личностной направленности для пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. Исследование, направленное на разработку и внедрение психокоррекционной программы для повышения комплаенса проводилось в 2011–2013 гг. Всего обследовано 203 пациента с артериальной гипертензией, из них отобрано 150 пациентов с низким и средним комплаенсом: 77 – для основной группы (принимали участие в психокоррекционной программе и получали гипотензивную терапию) и 73 – для группы сравнения (получали только гипотензивную терапию).

Результаты и их обсуждение. Разработанная программа показала высокую эффективность – у пациентов из основной группы выявлено достоверное повышение комплаенса, увеличение интенсивности отношения к здоровью и уменьшение частоты гипертензивных кризов средней степени тяжести и тяжелых, в отличие от группы сравнения ($p < 0,05$).

Выводы. Исследование результативности внедренной в комплексную курацию пациентов с артериальной гипертензией психокоррекционной программы свидетельствует об улучшении комплаентности и оптимизации контроля артериального давления, что значительно повышает эффективность лечения данного контингента больных.

PSYCHOCORRECTIVE PROGRAM TO IMPROVE THE COMPLIANCE WITH ANTIHYPERTENSIVE THERAPY: DEVELOPMENT AND EFFECTIVENESS

L.E. Trachuk, S.G. Sachno, N.V. Bereza

Key words: psychocorrective program, compliance, antihypertensive therapy, arterial hypertension.

Objective: to improve compliance with antihypertensive therapy with the help of psychocorrective program of personal direction for hypertensive patients.

Materials and methods. The research aimed at developing and implementing of psychocorrective program to improve compliance conducted in 2011-2013. The sample of 203 patients with hypertension was examine, of which we selected 150 patients with low and medium compliance: 77 – for the main group (participated in the program and receive antihypertensive therapy) and 73 - for the comparison group (received only antihypertensive therapy).

Results. Approved program showed its high efficiency in improving compliance, increasing the level of intensity of attitude to health and reducing the frequency of hypertensive crises in the main group of patients, unlike the comparison group ($p < 0,05$).

Conclusions. The study of effectiveness of psychocorrective program embedded in a comprehensive curation of hypertensive patients indicates an improvement of compliance and optimizing blood pressure control, which greatly increases the efficiency of the treatment of these patients.

UDK 616.89-008:617.7-001.4

Ts. Abdryahimova

TYPES OF STRATEGIES FOR COPING WITH TRAUMATIC GENESIS BY PATIENTS WITH PARTIAL LOSS OF VISUAL PERCEPTION IN THE CONTEXT OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

Ukrainian Scientific and Research Institute of the Social and Forensic Psychiatry and Addictology of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

Key words: partial vision loss of traumatic genesis, nonpsychotic mental disorders, coping strategies.

On the basis of clinical psychopathology and psycho-diagnostic survey 400 patients with partial loss of traumatic origin (PLTO) investigated the characteristics of their coping strategies. It was found out that patients with non-psychotic mental disorders (NMD) due to PLTO hold the prevalence of non-constructive coping strategies, namely, cognitive-destructive, aggressive and emotional conflict types, reflecting their negative role in the genesis of the NMD in these patients. In contrast to patients with NMD, people with no PLTO of NMD demonstrated the predominance of constructive coping strategies in the form of cognitive stimulation, behaviorally and emotionally-activity determined types, which in this case are defensive mechanism that prevents the development of NMD. The findings lead to the conclusion that there is an unused adaptive resource of overcoming in patients with NMD, to revitalize which should be directed therapeutic effects in treatment of these patients.

According to the World Health Organization visual organ disorder is considered to be a permanent or temporary impairment of the sense of vision, lasting during significant time period, it restrains the capability of a person to fulfill one or several types of main activities and can be exacerbated by economic and social conditions [1].

Partial loss of visual perception caused by a trauma in adult age can be accompanied by emotional and social consequences, which influence both psychophysiological state of the individual and his interaction within a family and society; it also limits the life perspectives of a person (desired education, job placement, finding a partner etc.). As a result,

acute stress reactions occur, followed by negative emotional stress, disablement awareness and finally by the development of the borderline mental disorder [2].

At the present moment patients with the partial loss of visual perception have high level of physical and intellectual ability to work, that is socially needed [1]. At the same time the important issue is to study how people with partial loss of visual perception overcome visual obstacles and to define specific nature of coping strategies.

Contemporary scientific researchers consider coping strategies to be the behavior that allows an individual to cope with stress or difficult situation by conscious actions in