

УДК 616.12-008.331.1-085:159.09

Л.Є. ТРАЧУК

/Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця/

## Трансформація способу життя, оптимізація комплаєнсу та психокорекція пацієнтів з артеріальною гіпертензією

### Резюме

Метою роботи була оптимізація комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії за допомогою психокорекційної програми особистісної спрямованості для пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Психокорекційна програма для підвищення комплаєнсу була спрямована на трансформацію способу життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією, формування свідомого ставлення до здоров'я та базувалась на заходах когнітивно-поведінкової психотерапії, мотиваційного інтерв'ю та раціональної психотерапії.

Впровадження розробленої програми серед пацієнтів з гіпертонічною хворобою сприяло досягненню оптимальної прихильності до лікування, підвищенню рівня інтенсивності ставлення до здоров'я та зменшенню частоти гіпертензивних кризів, що свідчить про покращення контролю артеріального тиску і, в кінцевому підсумку, поліпшення прогнозу даного контингенту хворих.

**Ключові слова:** трансформація способу життя, оптимізація комплаєнсу, психокорекційна програма, артеріальна гіпертензія

Хронічні неінфекційні захворювання (ХНЗ) є актуальною проблемою охорони здоров'я, оскільки асоційовані з високою захворюваністю, інвалідизацією і смертністю [1, 2]. На сьогодні ХНЗ є основною причиною смерті у світі – на них припадає 63% всіх щорічних випадків смерті, в тому числі смертності від серцево-судинних захворювань. За ними – онкологічні захворювання (7,6 млн), захворювання органів дихання (4,2 млн) і цукровий діабет (1,3 млн) [3].

Неінфекційні захворювання мають чотири загальні фактори ризику: тютюнопаління, недостатня фізична активність, надмірне споживання алкоголю і нездорове харчування. Такі форми поведінки призводять до метаболічних змін в організмі, підвищення артеріального тиску (АТ), гіперглікемії, гіперліпідемії та сприяють розвитку ожиріння [3].

З точки зору обумовленого числа випадків смерті основним фактором ризику розвитку ХНЗ у глобальних масштабах є підвищений АТ (з ним пов'язано 16,5% глобальних випадків смерті), за ним – тютюнопаління (9%), гіперглікемія (6%), гіподинамія (6%) та надмірна маса тіла і ожиріння (5%) [3].

Найбільш важливим аспектом фармакологічного лікування артеріальної гіпертензії (АГ) є досягнення і підтримання оптимальних значень АТ. Оскільки АГ є хронічним, часто безсимптомним захворюванням, яке вимагає пожиттєвої терапії, проблема комплаєнсу при цій патології є вкрай важливою [4].

Комплаєнс відображає ступінь відповідності поведінки пацієнта призначеним медичним рекомендаціям [5] та є багаторівневим динамічним клініко-психологічним феноменом, який формується в ході терапевтичної співпраці як результат узгодження поглядів хворого і лікаря на прояви захворювання, методи лікування та ефекти терапії [6].

На сьогодні значна увага приділяється розробці нових шляхів оптимізації комплаєнсу, зокрема, з використанням медико-психологічних заходів. Розробка психокорекційних програм пацієнтів, спрямованих на трансформацію способу життя та зміну ставлення до свого здоров'я є одним із суттєвих резервів для покращення прихильності до терапії, і в кінцевому результаті – для підвищення ефективності лікування АГ.

**Мета:** оптимізація комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії за допомогою психокорекційної програми особистісної спрямованості для пацієнтів з АГ.

### Матеріали та методи дослідження

В рамках розробки психокорекційної програми для підвищення комплаєнсу нами використовувався комплекс психотерапевтичних методик, який включав когнітивно-поведінкову психотерапію (КПП), мотиваційне інтерв'ю та раціональну психотерапію.

### Результати та їх обговорення

КПП є одним із небагатьох напрямів психотерапії з науково доведеною ефективністю [7]. Контрольовані експерименти підтвердили її суттєве значення в лікуванні депресії, генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, соціофобії, розладів внаслідок вживання психоактивних речовин, розладів прийому їжі, проблем у міжособистісних відносинах і госпітальної депресії. КПП успішно застосовується не тільки в лікуванні психічно хворих, але і в роботі з пацієнтами з різноманітними соматичними захворюваннями [8].

Безсумнівними перевагами даного методу є його наукова доказовість; логічність і наявність послідовної формалізованої структури терапевтичного процесу; фізіологічні концепції, покладені в основу підходу; пов'язаність теоретичних понять з психофізіологією, лінгвістикою і більшістю термінологічних визначень, що використовуються в психодіагностичних тестах, та що найважливіше – з клінічними критеріями діагностики, оцінки і терапевтичної тактики, які застосовуються у психіатрії і клінічній терапії [9].

Раціональна психотерапія є інтегративним методом психотерапії, в першу чергу, орієнтованим на нозологічний підхід до захворювання і має досить широке коло показань до свого застосування. Основна мета методу – формування понять і уяв-

лень про захворювання, демонстрація логічних помилок, переконання пацієнта в основній тезі лікаря, що має важливе значення в лікуванні АГ [10].

Одним із основних завдань раціональної психотерапії є створення у свідомості хворого правильного уявлення про захворювання, доступне розумінню хворого трактування характеру, причин виникнення та його прогнозу [11]. Це, в свою чергу, сприяє формуванню адекватного ставлення до захворювання та сприяє підвищенню комплаєнсу.

Мотиваційне інтерв'ю (МІ) – це направляючий, клієнт-центрований стиль консультування, спрямований на те, щоб викликати зміни в поведінці клієнта за допомогою аналізу і вирішення амбівалентності [12]. МІ є сучасним клінічним методом, який доцільно використовувати з метою швидкого встановлення терапевтичного альянсу, підвищення рівня комплаєнсу пацієнта, сприянню модифікації способу життя [13].

Трансформація способу життя є важливим компонентом лікування АГ. Вона спрямована на зниження маси тіла за наявності ожиріння, зменшення вживання алкоголю, регулярне виконання динамічних фізичних вправ, обмеження вживання кухонної солі до 5,0 г на добу (1/2 чайної ложки солі), достатнє вживання калію, кальцію та магнію, зменшення вживання насичених жирів та холестерину, відмову від паління [14].

Збільшення маси тіла корелює з підвищенням АТ, а її зменшення у хворих з ожирінням має значний антигіпертензивний ефект. Так, стійке зменшення маси тіла на 1 кг супроводжується зниженням систолічного АТ (САТ) на 1,5–3 мм рт. ст., діастолічного АТ (ДАТ) – на 1–2 мм рт. ст. [14].

Фізична активність сприяє зниженню рівня АТ. Для досягнення антигіпертензивного ефекту є необхідним регулярно помірно аеробне навантаження. Як правило, достатньо швидкої ходьби протягом 30–45 хвилин щодня або хоча б 5 разів на тиждень [14].

Обмеження вживання солі та дотримання дієти також сприяє зниженню АТ. Доведено, що зменшення вмісту натрію в дієті (до 5,0 г кухонної солі на добу) асоціюється зі зниженням САТ на 4–6 мм рт. ст. та ДАТ – на 2–3 мм рт. ст. Їжа повинна містити достатню кількість калію і магнію (щоденне вживання фруктів та овочів до 400–500 г) та кальцію (молочні продукти). У дослідженні DASH дотримання хворими низькосольової дієти, що містить фрукти, овочі та продукти з низьким вмістом жирів, дозволило досягнути зниження АТ у пацієнтів з АГ на 11,4/5,5 мм рт. ст. [14].

Психокорекційна програма враховувала проведення сесій у груповому форматі. У ході групової психотерапії проводилося відпрацювання наявних і латентних міжособистісних конфліктних відносин, визначалася провідна роль комунікації між лікарем і пацієнтом у процесі лікування АГ, розкривалася сутність і види конфліктів в міжособистісних стосунках. Під час групової роботи за рахунок постійної взаємодії між учасниками відбувалось посилення комунікативних можливостей пацієнтів, набуття ними ефективних соціальних навичок та збільшення рівня адекватної соціальної адаптації [15].

Психокорекційна програма особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу та зміни ставлення до лікування серед пацієнтів з АГ була розрахована на 1,5 року та складалася з таких етапів.

### I. Стаціонарний етап психокорекції

1. Клініко-інформаційний етап із психоосвітою пацієнтів. На цьому етапі відбувалось підвищення медичної та психологічної компетенції хворих з основних питань щодо АГ, соматопсихічних і психосоматичних факторів.

2. Мотиваційне інтерв'ю та розробка плану щодо трансформації способу життя після завершення стаціонарного лікування.
3. Визначення особистих труднощів дотримання режиму антигіпертензивної терапії та розробка заходів їх подолання.
4. Видача розробленого буклета з основною наданою інформацією та рекомендаціями для пацієнтів з АГ.

### II. Амбулаторний етап

1. Клініко-інформаційний етап із поглибленням знань пацієнтів щодо особливостей перебігу АГ та аспектів медикаментозної терапії, допомога в інтеграції знань про захворювання.
2. Мотиваційне інтерв'ю, дослідження основних мотивів пацієнта для дотримання терапії та одужання. На цьому етапі відбувалось дослідження та психокорекція мотивації серед пацієнтів з АГ за допомогою методу побудови шкал. З учасниками групи проводилася дискусія на тему особистої значимості кожної сфери та корекція актуальних дезадаптивних стереотипів і ставлення до подій із формуванням позитивної мотивації на тривале лікування із трансформацією способу життя. Закріплення обраних пацієнтами нових актуальних життєвих стратегій.
3. Складання програми трансформації способу життя. Обговорення з пацієнтами шляхів зміни способу життя із наданням їм максимальної свободи для прийняття індивідуального рішення. У процесі модифікації способу життя перед пацієнтом постає необхідність змін, що стосуються дотримання прийому препаратів, дієти, фізичної активності, припинення паління, відмови від алкоголю, подолання стресу тощо. Активна участь пацієнта в обговоренні допомагає у вирішенні проблеми пошуку ресурсної зони для кожного конкретного випадку. Усвідомлення і використання позитивних особистісних ресурсів для досягнення конструктивних змін у способі життя.
4. Корекція ставлення до здоров'я. В основі цього етапу психокорекційної програми покладено формування свідомого розуміння необхідності лікування, бажання і спроможності виконувати медичні рекомендації та прагнення до здоров'я.
5. Оволодіння пацієнтами навичками дихальної та нервово-м'язової релаксації.
6. Підтримка самоврядування пацієнтів з АГ.
  - Підкреслення центральної ролі пацієнта в управлінні своїм захворюванням та лікуванні. Формування готовності до активної співпраці пацієнтів із лікарем у ході терапевтичного процесу.
  - Використання ефективної підтримки стратегій самоврядування, які включають визначення мети, планування дій, вирішення проблем і ухвалення подальших заходів щодо процесу терапії АГ.
  - Організація внутрішнього і суспільних ресурсів для забезпечення безперервної підтримки самоврядування для пацієнтів. Пошук власного ресурсу для реалізації мети і трансформації способу життя, обговорення можливості залучення членів сім'ї чи близьких друзів для допомоги у подоланні труднощів.
7. Підтримуючий етап.
  - За допомогою розробленого плану необхідних терапевтичних заходів щодо трансформації способу життя та визнання хворими необхідності регулярного дотримання медикаментозного лікування підтримка пацієнтів у практичному впровадженні цього плану у повсякденному житті із корекцією труднощів, що виникають.

- Налагодження комунікації лікар-пацієнт, досягнення терапевтичного співробітництва на основі усвідомлення пацієнтом своєї відповідальності та основної ролі у процесі терапії АГ.
- Формування мети на найближче майбутнє (підтримка установки на свідоме ставлення до здоров'я).
- Обговорення змін у переконаннях, поглядах, поведінці пацієнтів, що відбулися під впливом цілеспрямованої комунікації під час участі в психокорекційній програмі.

Розроблену нами психокорекційну програму особистісної спрямованості було впроваджено до комплексного лікування АГ на базі Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, поліклініки № 2 Шевченківського району м. Києва, поліклініки № 3 Деснянського району м. Києва, Медичного центру «Адоніс плюс» у м. Києві протягом 2011–2013 рр. В основну групу дослідження увійшли 77 пацієнтів з АГ, які отримували гіпотензивну терапію (2–4 антигіпертензивних препарати) і брали участь у психокорекційній програмі. Групу порівняння склали 73 пацієнти з АГ, які отримували лише гіпотензивну терапію (2–4 антигіпертензивних препарати).

Психокорекційна програма показала свою ефективність для досягнення оптимального комплаєнсу при лікуванні АГ, підвищення рівня інтенсивності ставлення до здоров'я та зменшення частоти гіпертензивних кризів серед пацієнтів основної групи дослідження ( $p < 0,05$ ), що є важливим кроком у вирішенні проблеми зниження ризику розвитку ускладнень і смертності від серцево-судинної патології та покращенні якості життя кардіологічних хворих.

## Висновки

Проблема хронічної неінфекційної патології, у тому числі серцево-судинної системи на сьогодні набуває особливої актуальності, оскільки у світі існує негативна тенденція до її збільшення у зв'язку зі значним поширенням чинників ризику. Серед захворювань системи кровообігу одне з провідних місць займає АГ, у лікуванні якої важливою проблемою постає досягнення комплаєнсу.

Використовуючи можливості і заходи когнітивно-поведінкової психотерапії, мотиваційного інтерв'ю та раціональної психотерапії нами була розроблена та впроваджена у клінічну практику психокорекційна програма для підвищення комплаєнсу пацієнтів з АГ, орієнтована на трансформацію способу життя, формування свідомого розуміння необхідності лікування, виконання медичних рекомендацій та прагнення до здоров'я.

Впровадження розробленої програми серед пацієнтів з гіпертонічною хворобою сприяло досягненню оптимальної прихильності до лікування, підвищенню рівня інтенсивності ставлення до здоров'я та зменшенню частоти гіпертензивних кризів, що свідчить про покращення контролю артеріального тиску і, в кінцевому підсумку, поліпшення прогнозу даного контингенту хворих.

## Список використаної літератури

1. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (2012 рік): практичні рекомендації; проект / Робоча група з артеріальної гіпертензії Укр. асоц. кардіологів // Артеріальна гіпертензія. – 2012. – № 1. – С. 96–152.
2. Бек А. Когнитивная терапия: полное руководство. / А. Бек, Д. Бек – М.: «Вильямс», 2006. – 400 с.
3. Карачевский А. Б. Когнитивно-поведенческая терапия больных алкоголизмом [Электронный ресурс] / А. Б. Карачевский // Новости медицины и фармации – 2012. – № 3 (401) – Режим доступа к журналу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/26507> – Назва з екрану.
4. Комплаєнс хворих на алкогольну залежність: психологічні чинники формування, типологія, система психокорекції. Методичні рекомендації / [М. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова, О. І. Мінько, Н. М. Лісна] – Харків, 2011. – 25 с.

5. Кондрашенко В. Т. Общая психотерапия / В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской, С.А. Игумов. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. – 464 с.
6. Корягина Н. А. Изучение распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди взрослого работающего / Н.А. Корягина, А.И. Шапошникова // Профилактическая медицина № 4, 2011. – С. 16–18.
7. Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика. Учеб. пособие / Р. Кочюнас – М.: Академический проект, 2000. – 240 с.
8. Москаленко В. Ф. Гіпертонія як медико-соціальна проблема: масштаби і тенденції поширення, наслідки, стратегії боротьби / В. Ф. Москаленко, Т.С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2013. – № 1 (21). – Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2013 р. – С. 28–39.
9. Неинфекционные заболевания. Информационный бюллетень ВОЗ №355 / [Электронный ресурс]. – Март 2013 г. – Режим доступа до бюллетню: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/> – Назва з екрану.
10. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского – Санкт-Петербург: Питер-Юг, 2006. – 944 с.
11. Сіренко Ю. М. Досвід лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією за допомогою вітчизняних ліків / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, І. М. Марцовенко // Український кардіологічний журнал. – 2010. – № 1, 2010. – С. 27–39.
12. Харитонов С. В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии / С.В. Харитонов – М.: Психотерапия, 2009. – 176 с.
13. Хаустова О. О. Мотиваційне інтерв'ю в діагностично-лікувальному процесі психосоматичних хворих / О. О. Хаустова, С. Г. Сахно // Архів психіатрії. – №1 (72). – 2013. – С. 130–134.
14. Miller W. R. Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change / W. R. Miller, S. Rollnick, K. Conforti. – Guilford Publication, 2002. – 428 p.
15. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003. – Medical – 198 p.

## Резюме

### Трансформация образа жизни, оптимизация комплаенса и психокоррекция пациентов с артериальной гипертензией

Л.Е. Трачук

Целью работы является оптимизация комплаенса при проведении антигипертензивной терапии с помощью психокоррекционной программы личностной направленности для пациентов с артериальной гипертензией.

Психокоррекционная программа для повышения комплаенса была направлена на трансформацию образа жизни пациентов с артериальной гипертензией, формирование сознательного отношения к здоровью и основана на методах когнитивно-поведенческой психотерапии, мотивационного интервью и рациональной психотерапии.

Внедрение разработанной программы среди пациентов с гипертонической болезнью способствовало достижению оптимальной приверженности лечению, повышению уровня интенсивности отношения к здоровью и уменьшению частоты гипертензивных кризов, что свидетельствует об улучшении контроля артериального давления и, в конечном итоге, улучшении прогноза данного контингента больных.

**Ключевые слова:** трансформация образа жизни, оптимизация комплаенса, психокоррекционная программа, артериальная гипертензия

## Summary

### The Lifestyle Transformation, Compliance Optimization and Psychocorrection of Patients with Arterial Hypertension

L.E. Trachuk

Objective: to optimize compliance during antihypertensive therapy with psycho-personal orientation program for patients with hypertension.

Psychocorrective program to improve compliance was aimed at the lifestyle transformation among patients with arterial hypertension, the formation of a conscious attitude to health and based on measures of cognitive-behavioral therapy, motivational interviewing and rational psychotherapy.

Implementation of the developed program in patients with hypertension contributed to achieving optimal adherence to treatment, increasing the level of intensity of attitude to health and to reduce the frequency of hypertensive crises, which indicates improved blood pressure control and, ultimately, improve the prognosis of the patients.

**Key words:** lifestyle transformation, compliance optimization, psychocorrective program, arterial hypertension