

І. Р. Мухаровська
**ІНТЕГРАТИВНА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ КОМПЛАЄНСУ
 НА ПРИКЛАДІ ПАЦІЄНТІВ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

И. Р. Мухаровская
**Интегративная медико-психологическая модель развития нарушений комплаенса
 на примере пациентов с онкологической патологией**

I. R. Mukharovska
Integrative medical-psychological model of non-compliance on the example of patients with cancer

Комплаєнс — важлива умова проведення ефективного лікування та поліпшення якості життя пацієнтів з соматичною патологією.

На базі Київського міського клінічного онкологічного центру проведено психологічне обстеження 248 пацієнтів з онкологічною патологією, які отримували протибольову терапію (ПБТ) у зв'язку з хронічним больовим синдромом, на предмет прихильності до лікування та чинників, що його порушують.

Неефективність призначеної ПБТ найчастіше була зумовлена недотриманням основних принципів знеболюючої терапії, порушенням призначеної схеми ПБТ, психологічними реакціями, пов'язаними з лікуванням (страх залежності чи побічної дії лікарських засобів). В основі порушень комплаєнсу у пацієнтів з онкологічною патологією лежали різноманітні складові, які можна об'єднати у три групи: особистісні, психосоціальні та медичні чинники.

Виявлення чинників та проявів порушення комплаєнсу має важливе медичне — ефективність лікування, та медико-психологічне значення — прогнозування психологічної відповіді хворих у лікувальному процесі, запобігання та корекція неадаптивних форм поведінки.

Ключові слова: комплаєнс, соматичні захворювання, медико-психологічна допомога, онкологічні хворі

Комплаєнс — важное условие проведения эффективного лечения и улучшения качества жизни пациентов с соматической патологией.

На базе Киевского городского клинического онкологического центра проведено психологическое обследование 248 пациентов с онкологической патологией, получавших противобольовую терапию (ПБТ) в связи с хроническим болевым синдромом, на предмет приверженности к лечению и факторов, которые его нарушают.

Неэффективность назначенной ПБТ чаще всего была обусловлена несоблюдением основных принципов обезболивающего лечения, нарушением назначенной схемы ПБТ, психологическими реакциями, связанными с терапией (страх зависимости или побочного действия лекарственных препаратов). В основе нарушений комплаенса у пациентов с онкологической патологией лежали разнообразные составляющие, которые можно объединить в три группы: личностные, психосоциальные и медицинские факторы.

Выявление факторов и проявлений нарушений комплаенса имеет важное медицинское — эффективность лечения, и медико-психологическое значение — прогнозирование психологического ответа больных в лечебном процессе, предотвращение и коррекция неадаптивных форм поведения.

Ключевые слова: комплаєнс, соматические заболевания, медико-психологическая помощь, онкологические больные

Compliance is an important condition for conducting effective treatment and improving the quality of life patients with somatic pathology.

Research conducted in the Kyiv City Clinical Cancer Center. Examined 248 patients with cancer who received analgesic therapy (AT) related with chronic pain syndrome, for adherence to treatment and the factors that violate it.

The ineffectiveness of the prescribed AT was most often due to non-compliance with the basic principles of analgesia, violation of the intended AT scheme, psychological reactions associated with treatment (fear of dependence or side effects of drugs). Detected three group of factors engaged in non-compliance: personal, psychosocial and medical.

Identification of the factors and manifestations of non-compliance has an important medical — the effectiveness of treatment, and the psychological significance — prediction psychological response of patients during treatment, prevention and correction non-adaptive forms of behavior.

Key words: compliance, somatic diseases, medical-psychological help, cancer patients

Для опису поведінки пацієнтів під час лікувального процесу використовують різні терміни, що несуть відмінне змістовне навантаження. Під словом «*compliance*» здебільшого розуміють правильність виконання хворими рекомендацій, «*adherence to medication*» — прихильність до терапії, «*concordance with medication*» — згода з лікуванням [1, 2].

З огляду на внутрішній зміст використовуваних термінів «комплаєнс» відображає патерналістську позицію у лікуванні, коли від хворого вимагалось чітке дотримання лікарських рекомендацій без огляду на побажання чи потреби самого пацієнта. Тоді ж як на сучасному етапі розвитку медицини роль хворого неухильно змінюється — від пасивного реципієнта до активного учасника, що більш притаманне поняттям прихильності, згоди з лікуванням та терапевтичного альянсу [3, 4]. Загалом, кожен з термінів визначає форми реагування та поведінки пацієнтів в процесі діагностики та лікування, що мають вплив на результати медичних втручань. Виокремлюють широкий спектр проявів нон-комплаєнсу, що включають порушення прийому лікарських засобів, відмови

від лікування, відкладене звернення за медичною допомогою [5—7].

Негативними наслідками порушення прихильності до терапії є зниження її ефективності, а отже і якості життя пацієнтів, що і є найбільш значимою медичною та медико-психологічною проблемою. На сьогодні питання комплаєнсу зачіпає кожен сферу медичної практики та особливо гостро постає у лікуванні загрозливих для життя станів, хронічної соматичної патології, терапії, що супроводжується вираженими побічними ефектами [8—12].

Дослідження психологічних передумов та чинників порушення прихильності до лікування є важливим завданням медичної психології, вирішення якого дозволить запропонувати для клінічної практики дієві способи підвищення комплаєнсу у пацієнтів та оптимізувати медичну допомогу [8, 11].

Мета — визначити та проаналізувати психологічні чинники порушення комплаєнсу у пацієнтів з онкологічною патологією.

Дослідження проводили на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2016—2018 рр. На підставі інформованої згоди проведено психологічне обстеження 248 пацієнтів з онкологічною

патологією, які отримували протибольову терапію (ПБТ) у зв'язку з хронічним больовим синдромом (ХБС), з них 135 жінок та 113 чоловіків віком від 38 до 72 років.

Для оцінювання прихильності до лікування використано спеціально розроблену анкету та клініко-психологічне інтерв'ю, що включали питання, пов'язані з прихильністю до лікування.

Дослідження прихильності до протибольової терапії у пацієнтів з онкологічною патологією, що супроводжувалася ХБС, показало, що у зв'язку з потребою тривалого прийому протибольових засобів, зокрема наркотичних анальгетиків, у пацієнтів виникали переживання та ірраціональні уявлення щодо негативного впливу, а саме побічної дії ліків на організм, страху звикання. Це відіграло значиму роль у порушенні схеми ПБТ, самолікування чи відмову від терапії, тобто порушенні комплаєнсу. Аналіз основних причин неефективного знеболення онкохворих з ХБС показав, що такими були:

— порушення схеми прийому протибольових засобів при переході зі стаціонарного до амбулаторного лікування — 56,5 %;

— самовідміна призначених протибольових засобів або зміна схеми терапії на фоні досягнення знеболення — 52,8 %;

— відмова від прийому опіатів у зв'язку зі страхом залежності — 22,6 %;

— наявність у хворого виражених психогенних реакцій або психічних розладів, що обтяжують перебіг хвороби (реактивні депресії, зокрема з суїцидальними намірами, тривожні розлади, психопатії та характерологічні зміни, когнітивні порушення) — 14,9 %;

— неадекватне пред'явлення пацієнтом скарг з приводу ХБС (когнітивні розлади у разі метастазів у головному мозку, дисиммуляція, низький рівень освіти та ін.) — 9,7 %.

Отже, неуспішність та неефективність призначеної ПБТ найчастіше була зумовлена недотриманням основних принципів знеболюючої терапії; порушенням призначеної схеми ПБТ; психологічними реакціями, пов'язаними з лікуванням (страх залежності чи побічної дії лікарських засобів).

В основі порушень комплаєнсу у пацієнтів з онкологічною патологією лежали різноманітні складові, які можна об'єднати у три групи: особистісні, психосоціальні та медичні фактори (рисунок).



Інтегративна медико-психологічна модель формування комплаєнсу у пацієнтів з соматичними захворюваннями

Особистісні predisпозиції комплаєнсу виражалися через специфіку особистісної організації у вигляді індивідуально-типологічних властивостей, акцентуацій

характеру, когнітивних здібностей, копінг-стратегій подолання стресу та психологічних захистів.

Медико-психологічний зміст особистісної акцентованості полягав у підвищеному ризику появи неадаптивної поведінки та психічних реакцій у лікувальному процесі, які включали психічне напруження, ірраціональні уявлення щодо хвороби та лікування, порушення комунікації з лікарем, низьку прихильність до лікування, застосування методів нетрадиційної медицини. Особистісні профілі з деструктивно-обтяжуючим впливом в процесі лікування демонстрували 12,1 % пацієнтів, з потенційно-обтяжуючим — 15,7 %, потенційно-сприятливим — 34,3 % та сприятливим — 37,9 %. Поведінковими індикаторами ризику розвитку порушення комплаєнсу були способи стрес-долаючої поведінки у вигляді застосування стратегій уникнення, соціальної замкнутості, «заїждженої пластинки», безпомічності, жалості до себе, самозвинування, агресії, прийому заспокійливих препаратів. Копінг з низькою опірністю стресу реєструвався у 26,2 % опитуваних.

У кожної людини були власні індивідуальні уявлення про те, що таке здоров'я, а що являє собою хвороба. В цьому разі мали значення як особливості перебігу когнітивних процесів, так і рівень медичної освіченості. Медична освіченість проявлялася поінформованістю щодо основних параметрів роботи організму та його порушень, здорового стилю життя, і формувалася на ґрунті використання специфічних знань у вигляді науково доведених фактів або прийнятих в сучасному медичному колі теорій на протигагу неперевіреному чи нетрадиційним методам. Тоді як особливості когнітивних процесів, зокрема застосування психологічних захистів як способів трансформації психічного напруження, характеризували специфіку оцінки ознак хвороби, симптоми могли бути переоцінені, знецінені, чи не розпізнані, що супроводжувалося різним рівнем вмотивованості на лікування.

Когнітивні особливості пацієнтів визначали характер оцінки хвороби та залучення механізмів психологічного захисту. Проаналізовано, що сприйняття змін у фізичному стані залежало від низки факторів:

— внутрішньоособистісної моделі здоров'я та нездоров'я;

— турботи про своє здоров'я як пріоритету в системі життєвих цінностей;

— психосоматичної сенситивності — навиків рефлексії, здатності виявляти та оцінювати міру змін у власному організмі;

— ставлення до захворювань загалом та конкретних груп хвороб;

— характеру захворювання та рівня спричиненого ним соматичного дистресу.

Включення психологічних захистів, спрямованих на зниження стресу, особливо за дезадаптивним механізмом — уникнення, заперечення, витіснення травматичної інформації, негативно впливали на активність пацієнта у лікувальному процесі.

Причиною, що ускладнювала комплаєнс, була наявність патології у психічній сфері — деменція, депресивні стани, прогресивні процеси, які змінювали суб'єктивну оцінку захворювання та психологічну відповідь та реєструвалися у 14,9 % пацієнтів.

Психосоціальні predisпозиції порушення комплаєнсу включали соціорольові чинники, психосоціальний ресурс, фінансовий стан, соціальні уявлення щодо хвороби у суспільстві.

Соціорольові чинники, задіяні у порушенні комплаєнсу, пов'язані з обов'язками догляду за дітьми, літніми

людьми, створювали ситуацію протиставлення особистісних потреб уваги до власного здоров'я з необхідністю дотримання за залежними від них особами, і формували дефіцит вільного часу, розвиток фізичної та психічної перевтоми.

Важливе значення мало близьке соціальне оточення, які під час перебігу хвороби забезпечували для пацієнта емоційно сприятливе середовище для прояву переживань, їх інтеграції, мотивували до дій та створювали зовнішній ресурс підтримки. Тоді як очікування небажаної реакції з боку оточення — дистанціювання чи навпаки надмірна опіка — приводили до приховування свого діагнозу на певному етапі з метою мінімізувати міжособистісний фактор. Конфліктні чи проблемні інтерперсональні стосунки були підґрунтям як для більш пізнього звернення у медичні заклади так і некомплаєнтної поведінки у лікуванні як результату недостатності ресурсу для протистояння хворобі.

Ускладнювали процес лікування соціоекономічні обставини. Немоżliвість отримати медичну допомогу у повному обсязі, відповідно до сучасних протоколів, методів та підходів до лікування, часто мала демотивуючий ефект, що зневірювало у можливості досягнення позитивного ефекту і, відповідно, знижувало прихильність до терапії.

Уявлення у суспільстві про хворобу як невиліковну спричиняло сприйняття лікування безперспективним, робило позицію пацієнта пасивною і навіть ставало причиною відмови від медичної допомоги.

Медичні чинники порушення комплаєнсу були пов'язані з організацією медичної допомоги, рівнем підготовки медичних працівників, медичною освіченістю пацієнтів та досвідом їх взаємодії з медичною сферою.

Важливими медичними факторами були організація та доступність медичної допомоги — наявність фахівців у лікувальних закладах з відповідним рівнем підготовки, рівень довіри до системи охорони здоров'я загалом. В цьому контексті важливого значення набували комунікативні навички медичних працівників, що включали:

— вміння отримати вірогідну інформацію від пацієнтів на етапі збору анамнезу для більш точного встановлення діагнозу;

— повідомлення про стан здоров'я та методи його відновлення у доступній формі, тобто таким способом, щоб пацієнт розумів що з ним і що конкретно йому потрібно робити;

— підтримання зворотного зв'язку з хворим, що є особливо важливим для досягнення комплаєнсу, у разі незгоди з лікуванням, неможливості виконання призначень, нерозуміння ситуації.

Фактором, що впливав на комплаєнс, була соматична захворюваність. Характер та тяжкість хвороби визначали силу психічної відповіді, а саме, інтенсифікацію переживань при високій загрозі для життя та значних змінах під впливом захворювання. Наявність частих епізодів чи хронічної патології, з одного боку, підвищувала рівень медичної освіченості щодо методів діагностики та лікування, і відповідно, поліпшувала комплаєнс, з іншого — внаслідок несприятливого досвіду взаємодії з медичною сферою могла деформувати уявлення про медицину з формуванням негативного ставлення і упереджень.

Виокремлено декілька типів пацієнтів зі специфічним комплексом несприятливих соціомедичних звичок, які супроводжують порушення прихильності до лікування, з провідними проявами: 1) низької медичної освіченості; 2) специфічної особистісної організації: зі схильністю до самодіагностики і самолікування; зі схильністю до порушень лікувального режиму; внутрішньоособистісної

структури з ознаками психологічної незрілості; 3) порушень у поведінковій сфері. Порушення соціомедичних навичок зареєстровано у 28,6 % онкологічних пацієнтів.

Виявлення факторів та проявів порушення комплаєнсу має важливе медичне — ефективність лікування, та медико-психологічне значення — прогнозування психологічної відповіді хворих у лікувальному процесі, запобігання та корекція неадаптивних форм поведінки.

Значима роль особистісних, психосоціальних та медичних факторів порушення комплаєнсу, зумовлює необхідність розроблення заходів медико-психологічної допомоги, спрямованих на підвищення прихильності до лікування у пацієнтів з соматичною патологією. Цю проблему психологічна служба може розв'язати через виявлення психологічних чинників, що зумовлюють низьку прихильність до лікування (страхи, негативні переживання, нерациональні настанови, брак вірогідної та повної інформації, преморбідні особливості хворих) та усунення їх через психоосвіту та психокорекцію; проведення психоосвітніх заходів та комунікативних тренінгів для медичного персоналу з метою поліпшення навичок професійної взаємодії.

Список літератури

1. Данилов Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаєнс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2. С. 4—12.
2. Ложкина Л. И. Комплаєнс как актуальная проблема медицинской психологии: теоретико-методологические аспекты // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2015. № 3. С. 75—80.
3. Current state of medical-advice-seeking behaviour for symptoms of colorectal cancer: determinants of failure and delay in medical consultation / R. J. Courtney, C. L. Paul, R. W. Sanson-Fisher [et al.] // Colorectal Diseases. 2012. Vol. 14. P. 222—229.
4. Микиртичан Г. Л., Каурова Т. В., Очкур О. К. Комплаєнтність як медико-соціальна і етична проблема педіатрії // Вопросы современной педіатрии. 2012. № 6. С. 5—10.
5. Altenhöner T., Philippi M., Böcken J. Health behaviour and changes in health behaviour — are education and social status relevant? // Gesundheitswesen. 2014. Vol. 76 (1). P. 19—25.
6. Maesschalck J., Duquet N. Patient compliance with inhaled medication approach in community pharmacy // J Pharm Belg. 2012. № 1 (1). P. 4—7.
7. Петелин Д. С., Лукин А. В. Феномен откладывания в онкологии // Психические расстройства в общей медицине. 2015. № 2—3. С. 40—53.
8. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample / G. Campbell, S. Darke, R. Bruno [et al.] // Aust N Z J Psychiatry. 2015. Vol. 49 (9). P. 803—811.
9. Асриян О. Б. Комплаєнс как результат коммуникативной компетентности врача // Тихоокеанский медицинский журнал. 2016. № 4 (66). С. 93 — 97.
10. Трибрат Т. А., Шуть С. В., Шепітько В. В. Зв'язок комплаєнсу з індивідуальними особливостями хворих // Вісник проблем біології і медицини. 2017. № 4. С. 275—277.
11. Маркова М. В., Мухаровська І. Р. Піонтковська О. В. Інтеграція медичної психології в систему надання медичної допомоги пацієнтам з тяжкими соматичними захворюваннями як необхідна умова оптимізації лікувального процесу // Медична психологія. 2014. Т. 9, № 3. С. 3—6.
12. Мищенко М. А., Кононова С. В. Анализ факторов, влияющих на приверженность к гипополидеммической терапии // Медицинский альманах. 2014. № 1 (31). С. 95—98.

Надійшла до редакції 21.05.2018 р.

МУХАРОВСЬКА Інна Романівна, доктор медичних наук, асистент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

MUKHAROVSKA Inna, Doctor of Medical Science, Assistant of Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine