

Прихильність пацієнтів до антигіпертензивної терапії та її індивідуально-психологічні чинники

Лідія Трачук

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Наталія Береза

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Актуальність. У лікуванні хронічної, а особливо безсимптомної, патології провідну роль відіграє прихильність пацієнтів до терапії. Хворі на артеріальну гіпертензію (АГ) потребують тривалого, часто пожиттєвого прийому препаратів, а те, наскільки чітко вони дотримуються призначень часто визначає перебіг захворювання та ефективність медичних заходів. За статистичними даними більше половини хворих з артеріальною гіпертензією характеризуються низьким комплаєнсом, що є однією з найважливіших причин розвитку ускладнень захворювання. Метою даного дослідження є визначення та аналіз індивідуально-психологічних чинників, які впливають на прихильність пацієнтів до антигіпертензивної терапії.

Методи та матеріали. Дослідження проводилось протягом 2011-2013 рр. на базі кардіологічних відділень Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, поліклініки № 2 Шевченківського району м. Києва, поліклініки №3 Деснянського району м. Києва, Медичного центру «Адоніс плюс» у м. Києві. Було обстежено 203 пацієнта з артеріальною гіпертензією (середній вік $53,5 \pm 4,5$ роки). Методи дослідження: соціально-демографічний, клінічний, клініко-психологічний, психодіагностичний, математико-статистичний методи. Психодіагностичний метод полягав у застосуванні наступних методик: шкала прихильності до лікування Morisky (Morisky D. E., 2008); шкала самооцінки рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна (за А. В. Батаршевим, 2005); Мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (MMPI) (за Ф. Б. Березіним, 1994); методика «Рівень суб'єктивного контролю» (за А. О. Реаном, 2001); методика «Індекс ставлення до здоров'я» (С. Д. Дерябо, В. А. Ясвін, 2000).

Результати та обговорення. Відповідно до результатів проведення методики 8-пунктової шкали прихильності до лікування (за Morisky) пацієнти були розділені на 3 групи за рівнем комплаєнсу - з високим (26,11%), середнім (24,14%) та низьким (49,75%) рівнями прихильності до антигіпертензивної терапії. До індивідуально-психологічних предикторів низького комплаєнсу відносились: низький рівень інтенсивності ставлення до здоров'я, інтернальний тип суб'єктивного контролю, механізм психічного захисту типу «втечі у хворобу», наявність емоційного напруження, пригніченості, низької толерантності до стресу, нестійкості емоцій та самооцінки, виснаження захисних механізмів, імпульсивність, неконформність, прагнення до незалежності, стійкості та стеничності установок, прагнення спиратися лише на власний досвід, схильність до протидії зовнішньому впливу, конфліктність, жорсткість, егоцентризм, відокремлено-споглядальна особистісна позиція, інтроверсія, потреба в актуалізації власної індивідуальності, відсутність заглиблення у серйозні проблеми.

Висновки. Прихильність до антигіпертензивної терапії хворих з артеріальною гіпертензією залежить від таких індивідуально-психологічних чинників як особливості особистості, тип суб'єктивного контролю, рівень тривожності та рівень інтенсивності ставлення до здоров'я, які також повинні бути враховані при проведенні лікування

гіпертонічної хвороби для прогнозування рівня комплаєнсу. Доцільним є залучення лікарів-психологів до консультування та психокорекції хворих з артеріальною гіпертензією у кардіологічних відділеннях та поліклініках з метою діагностики особистісних чинників комплаєнсу, рівня інтенсивності ставлення до здоров'я, виявлення пацієнтів групи ризику низької прихильності до антигіпертензивної терапії та при необхідності корегування рівня комплаєнсу.



Ця робота захищена авторським правом згідно із ліцензією [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Актуальність

У лікуванні хронічної, а особливо безсимптомної, патології провідну роль відіграє прихильність пацієнтів до терапії. Хворі на артеріальну гіпертензію (АГ) потребують тривалого, часто пожиттєвого прийому препаратів, а те, наскільки чітко вони дотримуються призначень часто визначає перебіг захворювання та ефективність медичних заходів.

За статистичними даними більше половини пацієнтів з артеріальною гіпертензією характеризуються низьким комплаєнсом, що є однією з найважливіших причин розвитку ускладнень захворювання. ([Mant та McManus, 2011](#))

Через те, що під час відвідування медичної установи не завжди проводиться вимірювання артеріального тиску (АТ), захворювання часто не виявляють ([Gluzman, 2010](#)).

Серед осіб із підвищеним артеріальним тиском в Україні про наявність захворювання проінформовані 67,8% сільських і 80,8% міських мешканців, лікуються відповідно 38,3% та 48,4%, ефективність лікування становить 8,1% та 18,7% ([MOZ, 2012](#)).

На сьогодні існує можливість зниження АТ до оптимальних показників у більшості пацієнтів з АГ, що потребує тривалого і регулярного прийому препаратів ([Chobanian, 2009](#)). Однак, низька прихильність до лікування є однією з основних причин поганого контролю АТ ([Ahmed et al., 2008](#)).

АГ є провідним незалежним модифікованим чинником ризику цереброваскулярних захворювань, усіх типів гострих порушень мозкового кровообігу та формування хронічної ішемії головного мозку. Від 40 до 90% пацієнтів, що перенесли інсульт, перед судинною катастрофою мали підвищені показники АТ ([Golovchenko, 2012](#) ; [Abanto, 2015](#) ; [Sokolova, 2013](#)).

За даними ВООЗ, Університету Південної Англії (University of East Anglia) і Лондонської школи гігієни і тропічної медицини (London School of Hygiene and Tropical Medicine), в різних країнах у період 2007-2010 рр. у кожного другого обстеженого у віці старше 50 років виявляли АГ ([Bezsheyko, 2015](#)). Захворюваність осіб похилого та старечого віку має певні особливості. Найбільш тяжкою в курації таких хворих постає поліморбідність – одночасна наявність в одного пацієнта кількох соматичних захворювань, можливо в поєднанні з розладами психіки. Ці патології часто мають хронічний перебіг зі стертою клінічною симптоматикою, що зумовлює пізнє звертання пацієнта похилого віку за медичною допомогою. Наявність кількох захворювань з різним патогенезом потребує вимушеної політерапії на тлі зміненої під віковим впливом фармакодинаміки і фармакокінетики лікарських засобів ([Chaban та Khaustova, 2014](#)).

Класифікація причин низької ефективності антигіпертензивної терапії включає наступні групи

чинників:

1. Пацієнтзалежні: мультифакторіальність захворювання, генетичні особливості, чинники зовнішнього середовища і проблема прихильності до лікування.
2. Лікарзалежні (так звана «лікарська інерція»).

Під цим терміном стосовно антигіпертензивної терапії розуміють бездіяльність лікаря щодо інтенсифікації або зміни схеми лікування у хворих з неконтрольованою АГ в тих ситуаціях, коли пацієнт після візиту до лікаря продовжує отримувати неефективну терапію або ж взагалі не приймає препарати, не зважаючи на неадекватний контроль АТ ([Chobian, 2009](#) ; [Ocheretyanaya, 2011](#)).

В літературі описані такі типи комплаєнсу: конструктивний (найбільш повне дотримання терапевтичного режиму, довіра до лікаря, усвідомлення симптомів і наслідків захворювання); формальний (формальне ставлення до терапії); пасивний (підпорядкування режиму без усвідомлення його необхідності); симбіотичний (залежність від лікаря); нестабільний (спонтанність у дотриманні режиму); негативістичний (опір терапевтичним заходам); дефіцитарний (пацієнт не критичний до проявів хвороби).

Формування терапевтичного співробітництва нерозривно пов'язане з особистісними особливостями хворого. Домінуючі риси особистості спочатку визначають тип внутрішньої картини хвороби і установку на лікування, а надалі впливають на дотримання медичних рекомендацій. Принцип єдності соматичного і психічного здоров'я, що є основним у сучасній медичній науці та практиці, забезпечує комплексний підхід до клінічного обстеження і лікування пацієнта, тому є необхідним для всіх медичних спеціальностей ([Chaban та Khaustova, 2008](#)).

Методи та матеріали

Дане дослідження проводилось протягом 2011-2013 рр. на базі кардіологічних відділень Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, поліклініки № 2 Шевченківського району м. Києва, поліклініки №3 Деснянського району м. Києва, Медичного центру «Адоніс плюс» у м. Києві. Було обстежено 203 пацієнта з артеріальною гіпертензією (середній вік $53,5 \pm 4,5$ роки).

Критерії включення в дослідження були наступні: згода пацієнта на участь в проведенні дослідження; вік ≤ 70 років; гіпертонічна хвороба; давність АГ не менше 1 року; супутня ІХС: стабільна стенокардія I-II ФК.

Критерії виключення: відсутність згоди пацієнта на участь в проведенні дослідження; вік понад 70 років; давність АГ менше 1 року; гострий коронарний синдром; стабільна стенокардія III-IV ФК; ХСН ІІБ-III ст., ФВ $\leq 45\%$; важкі аритмії; ускладнений гіпертензивний криз; наявність важкої супутньої патології; інсульт в анамнезі; енцефалопатія.

Соціально-демографічний метод був спрямований на визначення таких даних пацієнтів, як стать, вік, сімейний стан, рівень освіти, працевлаштування.

Клінічний метод включав вивчення скарг досліджуваних пацієнтів, даних соматичного статусу, медичної документації.

Клініко-психологічний метод включав клініко-діагностичну бесіду із заповненням розробленої карти обстеження пацієнта.

Психодіагностичний метод полягав у застосуванні наступних методик: шкала прихильності до

лікування Morisky (Morisky D. E., 2008); шкала самооцінки рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна (за А. В. Батаршевим, 2005); Мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (ММРІ) (за Ф. Б. Березіним, 1994); методика «Рівень суб'єктивного контролю» (за А. О. Реаном, 2001); методика «Індекс ставлення до здоров'я» (С. Д. Дерябо, В. А. Ясвін, 2000).

Математико-статистичний метод: статистична обробка результатів дослідження проводилась з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (Statistica, SPSS, Excel) за допомогою кореляційного і факторного аналізу й критеріїв перевірки статистичних гіпотез (Стюдента, Фішера, хі-квадрат).

Результати

На початку дослідження нами було проведено визначення рівня комплаєнсу у 203 пацієнтів з АГ, які перебували у кардіологічному відділенні. В залежності від рівня комплаєнсу було виділено три групи пацієнтів - з високим (26,11%), середнім (24,14%) та низьким (49,75%) рівнями прихильності до антигіпертензивної терапії.

Для здійснення кореляційного та факторного аналізу, виділення соціально-демографічних, клінічних, індивідуально-психологічних детермінантів комплаєнсу при лікуванні АГ нами були об'єднані групи пацієнтів із низьким і середнім рівнями комплаєнсу, у зв'язку з виявленою значною подібністю складу даних груп за основними досліджуваними параметрами.

Соціально-демографічна та клінічна характеристика хворих з АГ в залежності від рівня комплаєнсу представлена в [Таблиці 1](#). Достовірної різниці між групами за статтю, віком, ступенем і ризиком ГХ встановлено не було ($p > 0,05$). Суттєва різниця між групами виявлена за такими показниками як рівень освіти, сімейний стан, працевлаштування, стадія ГХ, тривалість АГ, наявність ІХС, ХСН II ФК NYHA, цукрового діабету, ожиріння, паління та побічних ефектів терапії. Серед групи пацієнтів з високим рівнем комплаєнсу переважала частка осіб з вищою освітою, одружених, працевлаштованих, з II стадією ГХ та супутнім цукровим діабетом. Серед хворих з середнім і низьким комплаєнсом, було виявлено більшу, у порівнянні з попередньою групою, питому вагу осіб з середньою освітою, тих, хто не перебуває у шлюбі та не працює, давністю АГ 16-25 років, з супутньою ІХС та ХСН II ФК NYHA, з індексом маси тіла > 30 , курців, а також тих, хто відзначав присутність побічних ефектів антигіпертензивного лікування ($p < 0,05$); частота гіпертензивних кризів в даній групі була вірогідно вища (часто гіпертензивні кризи спостерігались у 45,33% досліджуваних), на відміну від хворих з високим комплаєнсом, у яких кризи відмічались рідко (45,28%) або були взагалі відсутніми (52,83%) - $p < 0,05$.

Основні соціально-демографічні та клінічні характеристики пацієнтів з АГ	Високий рівень комплаєнсу (n=53)	Середній і низький рівні комплаєнсу (n=150)	χ^2, p
Стать			
Чоловіки	18 (33,96%)	63 (42,00%)	$\chi^2=1,06, p=0,306$
Жінки	35% (66,04%)	87 (58,00%)	
Вік			
30-40 років	2 (3,77%)	18 (12,00%)	$\chi^2=6,56, p=0,087$
41-50 років	12 (22,64%)	42 (28,00%)	
51-60 років	18 (33,96%)	54 (36,00%)	
61-69 років	21 (39,62%)	36 (24,00%)	
Сімейний стан			
У шлюбі	32 (60,38%)	54 (36,00%)	$\chi^2=10,33, p=0,0160$
Неодружені/незаміжні	2 (3,77%)	8 (12,00%)	

Основні соціально-демографічні та клінічні характеристики пацієнтів з АГ	Високий рівень комплаєнсу (n=53)	Середній і низький рівні комплаєнсу (n=150)	χ^2, p
Розлучені	9 (16,98%)	36 (24,00%)	
Вдівці/вдови	10 (18,87%)	42 (28,00%)	
Рівень освіти			
Вища	27 (50,94%)	36 (24,00%)	$\chi^2=17,49, p=0,0002$
Середньо-спеціальна	17 (32,08%)	46 (30,67%)	
Середня	9 (16,98%)	68 (45,33%)	
Працевлаштування			
Працюють	31 (58,49%)	61 (40,67%)	$\chi^2=12,22, p=0,0022$
Не працюють	3 (5,66%)	43 (28,67%)	
Пенсіонери	19 (35,85%)	46 (30,67%)	
Ступінь ГХ			
1 ступінь	5 (9,43%)	28 (18,67%)	$\chi^2=1,81 p=0,177$
2 ступінь	19 (35,85%)	43 (28,67%)	$\chi^2=0,643 p=0,422$
3 ступінь	29 (54,72%)	79 (52,66%)	$\chi^2=0,009 p=0,923$
Стадія ГХ			
I стадія	6 (11,32%)	27 (18,00%)	$\chi^2=0,836 p=0,359$
II стадія	32 (60,34%)	60 (40,00%)	$\chi^2=5,76 p=0,016$
III стадія	15 (28,30%)	63 (42,00%)	$\chi^2=2,55 p=0,110$
Ризик ГХ			
Ризик 2	2 (3,77%)	9 (6,00%)	$\chi^2=0,836 p=0,359$
Ризик 3	28 (52,83%)	59 (39,33%)	$\chi^2=5,76 p=0,016$
Ризик 4	23 (43,40%)	82 (54,67%)	$\chi^2=2,55 p=0,110$
Тривалість АГ			
1-5 років	21 (39,62%)	21 (39,62%)	$\chi^2=12,28 p=0,0065$
6-15 років	19 (35,85%)	19 (35,85%)	
16-25 років	1 (1,89%)	1 (1,89%)	
26-35 років	12 (22,64%)	12 (22,64%)	
Частота гіпертензивних кризів середнього ступеня важкості та важких			
Відсутні	28 (52,83%)	11 (7,33%)	$\chi^2=63,98 p=0,0001$
Рідко (1-2 рази на рік)	24 (45,28%)	71 (47,33%)	
Часто (разів на рік)	1 (1,89%)	68 (45,33%)	
Індекс маси тіла > 30	11 (20,75%)	85 (56,67%)	$\chi^2=18,85 p=0,0001$
Паління	4 (7,55%)	45 (30,00%)	$\chi^2=9,59 p=0,0020$
Цукровий діабет	14 (26,42%)	20 (13,33%)	$\chi^2=3,91 p=0,047$
ІХС	11 (20,75%)	60 (40,00%)	$\chi^2=5,56 p=0,018$
ХСН II ФК NYHA	8 (15,09%)	51 (34,00%)	$\chi^2=5,90 p=0,015$
Побічні ефекти терапії	9 (16,98%)	59 (39,33%)	$\chi^2=7,81 p=0,0052$

Таблиця 1. Соціально-демографічні та клінічні характеристики пацієнтів з АГ з різними рівнями комплаєнсу.

За даними проведеного психодіагностичного дослідження, наведеними у **Таблиці 2** виявлена суттєва різниця між групами з різними рівнями комплаєнсу за індивідуально-психологічними характеристиками. Серед учасників з високим рівнем комплаєнсу спостерігалось переважання частки пацієнтів з екстернальним типом суб'єктивного контролю, високим рівнем особистісної тривожності, високим рівнем інтенсивності ставлення до здоров'я, а також з «гіперсоціальним» і «гіпостенічним» варіантами профілю ММРІ; серед хворих з

середнім і низьким комплаенсом – частки пацієнтів з інтернальним типом суб'єктивного контролю, низьким рівнем особистісної тривожності, середнім і низьким рівнем інтенсивності ставлення до здоров'я, «невротичним», «істеричним», «афективно-імпульсивним», «дезадаптивним» та «гіпертимним» варіантами профілю ММРІ. Всім наведеним профілям ММРІ було надано умовні назви та закодовано засобом за Уелшем.

Основні індивідуально-психологічні характеристики пацієнтів з АГ	Високий n=53	Середній і низький n=150	χ^2, p
Тип суб'єктивного контролю			
Екстернальний	38 (71,70%)	43 (28,67%)	$\chi^2=30,24 p=0,0001$
Інтернальний	15 (28,30%)	107 (71,33%)	
Рівень особистісної тривожності			
Високий	28 (52,83%)	13 (8,67%)	$\chi^2=51,87 p<0,0001$
Помірний	16 (30,19%)	50 (33,33%)	
Низький	9 (16,98%)	87 (58,00%)	
Рівень інтенсивності ставлення до здоров'я			
Високий	39 (73,58%)	6 (4,00%)	$\chi^2=20,2, p=0,00046$
Середній	12 (22,64%)	82 (65,67%)	
Низький	2 (3,77%)	62 (41,33%)	
Варіант профілю ММРІ			
I «гіперсоціальний»	19 (35,85%)	9 (6,00%)	$\chi^2=24,9 p<0,0001$
II «гіпостенічний»	14 (26,42%)	10 (6,67%)	$\chi^2=12,81 p=0,0003$
III «невротичний»	3 (5,66%)	19 (12,67%)	$\chi^2=1,33 p=0,248$
IV «істеричний»	1 (1,89%)	19 (12,67%)	$\chi^2=3,98 p=0,046$
V «афективно-імпульсивний»	4 (7,55%)	20 (13,33%)	$\chi^2=0,76 p=0,382$
VI «стенічний»	2 (3,77%)	11 (7,33%)	$\chi^2=0,3 p=0,559$
VII «дезадаптивний»	-	14 (9,33%)	$\chi^2=3,96 p=0,047$
VIII «індивідуалістичний»	3 (5,66%)	15 (10,00%)	$\chi^2=0,45 p=0,500$
IX «гіпертимний»	1 (1,89%)	23 (15,33%)	$\chi^2=5,56 p=0,018$
X «гармонійний»	6 (11,32%)	9 (6,00%)	$\chi^2=0,94 p=0,333$

Таблиця 2. Індивідуально-психологічні характеристики пацієнтів з АГ з різними рівнями комплаенсу.

В результаті кореляційного аналізу груп досліджуваних з різними рівнями комплаенсу було встановлено, що у пацієнтів з середнім та низьким рівнями прихильності до антигіпертензивної терапії суттєво більш вираженими виявилися зв'язки як клінічних із соціально-демографічними показниками, так і внутрішні зв'язки між індивідуально-психологічними характеристиками. Статистичну значущість ($p < 0,001$) відзначили показники сімейного стану і працевлаштування – з одного боку, та стадія, ступінь і ризик ГХ, а також ХСН II ФК NYHA – з іншого.

У досліджуваних з середнім та низьким рівнями комплаенсу «невротичний надконтроль» (провідна перша шкала ММРІ) був сильно прямо пов'язаний з «песимістичністю» (провідна друга шкала ММРІ) (0,64) та з «емоційною лабільністю» (провідна третя шкала ММРІ) (0,48). Поєднання даних шкал («невротичної тріади») відображало приналежність до «невротичного» профілю, тобто свідчило про наявність емоційного напруження, пригніченості, низької стресостійкості, виснаження захисних механізмів. «Невротичний надконтроль» був обернено пов'язаний з «імпульсивністю» (0,35), «індивідуалістичністю» (-0,45), «оптимістичністю» (-0,34) і «ригідністю» (-0,31). Таким чином, для хворих з АГ, що не дотримувалися призначеного лікування, характерними рисами були схильність до протидії зовнішньому

впливу, неконформність, незалежність поглядів і потреба в актуалізації власної індивідуалістичності, висока впевненість в собі та відсутність заглиблення у проблеми, зокрема пов'язаних із здоров'ям, стеничність установок, прагнення спиратися лише на власний досвід тощо.

В результаті факторного аналізу даних групи пацієнтів з середнім та низьким комплаєнсом було побудовано три-факторну модель, в якій три головних компоненти є статистично стійкими, а максимальні коефіцієнти факторних навантажень зберігають свою факторну структуру (**Рисунок 1**).

Рисунок 1. Факторна структура індивідуально-психологічних характеристик пацієнтів з середнім та низьким комплаєнсом при лікуванні. В результаті факторного аналізу даних групи пацієнтів з середнім та низьким комплаєнсом було побудовано три-факторну модель, в якій три головних компоненти є статистично стійкими, а максимальні коефіцієнти факторних навантажень зберігають свою факторну структуру.

У запропонованій структурі диференціювалися рівні індивідуально-психологічних характеристик, які умовно було названо «тривожно-надконтрольно-песимістичний», «імпульсивно-ригідний», «інтернально-маскулінний». Сумарна дисперсія за виділеними факторами для даної групи досліджуваних сягала близько 61%.

Перший фактор (внесок у сумарну дисперсію 27,16%) було визначено як «тривожно-надконтрольно-песимістичний», що відображав поєднання «невротичної тріади» за даними ММРІ, а також високої реактивної і особистісної тривожності та свідчив про активацію механізму психічного захисту типу «втечі у хворобу», а також знижений поріг толерантності до стресу. Другий фактор (внесок у сумарну дисперсію 21,45%) – «імпульсивно-ригідний», виявляв схильність до раціоналізму і стеничності, неконформізму і спрямованості на незалежність, недостатню гнучкість, тенденцію до протидії зовнішньому впливу, поспішного прийняття рішень. Третій фактор (внесок у сумарну дисперсію 12,59%) – «інтернально-маскулінний», пов'язаний з інтернальністю, інтроверсією та суттєвою виразністю маскулінних якостей.

Обговорення

В рамках проведеного дослідження визначено, що пацієнти з АГ характеризуються переважанням низького рівня комплаєнсу при проведенні антигіпертензивного лікування (49,75% хворих), що супроводжується більш тяжким перебігом даного захворювання: в групі з середнім і низьким рівнями комплаєнсу частота гіпертензивних кризів середнього ступеня важкості та важких вірогідно вища (часто гіпертензивні кризи протягом року виникали у 45,33% досліджуваних пацієнтів), порівняно з групою хворих з високим рівнем комплаєнсу, серед яких кризи відмічалися рідко (45,28%) або були взагалі відсутніми (52,83%) – $p < 0,05$.

Середня та низька прихильність до гіпотензивної терапії асоціюється з такими соціально-демографічними детермінантами, як середній рівень освіти, відсутність працевлаштування, а також спостерігається частіше серед осіб, які не перебувають у шлюбі ($p < 0,05$).

Клінічними факторами, які поєднуються з середнім і низьким рівнями комплаєнсу є давність АГ 16-25 років, наявність супутньої ІХС та ХСН II ФК NYHA, побічних ефектів гіпотензивної терапії, а також ожиріння (індекс маси тіла > 30) і паління ($p < 0,05$).

В результаті аналізу особистісних характеристиках пацієнтів та їх ставлення до здоров'я в залежності від рівня комплаєнсу при лікуванні АГ виділені індивідуально-психологічні чинники хворих, які є предикторами формування середньої та низької прихильності до антигіпертензивної терапії. До них відносяться: низький рівень інтенсивності ставлення до

здоров'я, інтернальний тип суб'єктивного контролю, механізм психічного захисту типу «втечі у хворобу», наявність емоційного напруження, пригніченості, низької толерантності до стресу, нестійкість емоцій та самооцінки, виснаження захисних механізмів, імпульсивність, неконформність, прагнення до незалежності, стійкість та стенічність установок, прагнення спиратися лише на власний досвід, схильність до протидії зовнішньому впливу, конфліктність, жорсткість, егоцентризм, відокремлено-споглядальна особистісна позиція, інтроверсія, потреба в актуалізації власної індивідуальності, відсутність заглиблення у серйозні проблеми.

За даними ряду досліджень висока самоефективність сприяє досягненню оптимального комплаєнсу ([Kressin et al., 2007](#)).

У роботі Wang P. S. та співавт. (2002) досліджувалась роль депресії та локусу контролю пацієнта у формуванні прихильності до терапії. Виявлена кореляція між вираженістю депресивних симптомів і комплаєнсом – у пацієнтів без депресії достовірно вищий рівень прихильності до антигіпертензивної терапії. На думку авторів це могло бути пов'язане з низькою мотивацією, песимістичною установкою на ефективність лікування, зниженням уваги, підвищенням чутливості до побічних ефектів препаратів. Також визначено, що пацієнти з екстернальним локусом контролю, тобто ті, які вірять що події визначаються зовнішніми силами, краще досягають комплаєнсу при лікуванні АГ ([Wang et al., 2002](#) ; [Bursten, 1985](#)).

Наведені дані співпадають з результатами подібного дослідження, де було виявлено, що пацієнти з екстернальним локусом контролю більше схильні покладатися на сильних особистостей, таких якими вони бачать лікарів, щодо вирішення питань власного здоров'я ([Bosworth et al., 2006](#)).

Віра у власного лікаря є особливо важливою для процесу спілкування та здійснення змін поведінки ([Korzh, 2012](#)).

У огляді 33 досліджень, присвячених депресії як фактору комплаєнсу Gellad W. (2009) приходиться до висновку, що, хоча цей стан є потенційно важливим бар'єром для досягнення комплаєнсу, докази неоднозначні та характер взаємовпливу може відрізнитися в залежності від основного захворювання ([Gellad et al., 2009](#)).

У дослідженні Okken V. S. (2008) виявлено, що такі психологічні чинники, як відсутність почуття провини, жалю та сорому щодо недотримання призначеного режиму у таких пацієнтів є однією з основних причин низької прихильності до лікування ([Okken et al., 2008](#))

Висновки

Прихильність до антигіпертензивної терапії хворих з артеріальною гіпертензією залежить від таких індивідуально-психологічних чинників як особливості особистості, тип суб'єктивного контролю, рівень тривожності та рівень інтенсивності ставлення до здоров'я, які також повинні бути враховані при проведенні лікування гіпертонічної хвороби для прогнозування рівня комплаєнсу.

Доцільним є залучення лікарів-психологів до консультування та психокорекції хворих з АГ у кардіологічних відділеннях та поліклініках з метою діагностики особистісних чинників комплаєнсу, рівня інтенсивності ставлення до здоров'я, виявлення пацієнтів групи ризику низької прихильності до антигіпертензивної терапії та при необхідності корегування рівня комплаєнсу.

Виповідження

Автори заявляють про відсутність додаткових конфліктів зацікавленостей (отримання грошей

від фармкомпаній за останні 2 роки, грантів тощо).

Кожен автор вніс рівний вклад в проведенні дослідження і публікації даних.

Проведення дослідження схвалене локальною етичною комісією.

References

1. Mant J, McManus R. Does it matter whether patients take their antihypertensive medication as prescribed? The complex relationship between adherence and blood pressure control. *J Hum Hypertens*. 2006;20:551-3.
2. Chobanian A. Impact of Nonadherence to Antihypertensive Therapy. *Circulation*. 2009;120:1558-60.
3. Kressin N, Wang F, Long J, Bokhour B, Orner M, Rothendler J, Clark C, Reddy S, Kozak W, Kroupa L, Berlowitz D. Hypertensive Patients' Race, Health Beliefs, Process of Care, and Medication Adherence. *J GEN INTERN MED*. 2007;22:768-74.
4. Wang P, Bohn R, Knight E, Glynn R, Mogun H, Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications. *J Gen Intern Med*. 2002;17:504-11.
5. Bursten B. Medication nonadherence due to feelings of loss of control in "biological depression". *American Journal of Psychiatry*. 1985;142:244-6.
6. Okken V, Niemeijer M, Dijkstra A, Baars M, Said S, Hoogenberg K, Orfgen H, Otten S, Cleophas T. The effect of physical, social and psychological factors on drug compliance in patients with mild hypertension. *Netherlands Heart Journal*. 2008;16:197-200.
7. Gluzman S. Osnovni prichini visokogo rivnya smertnosti v Ukrayini. *Novosti meditsiny i farmatsii v Ukraine*. 2010;22:8-11.
8. Netyazhenko V, Ambrosova T, Gidzynska I. Onovlena ta adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazah (2012 rIk): praktichni rekomendatsiyi; proekt. Robocha grupa z arterialnoyi gipertenziyi. *Arterialnaya gipertenziya. MOZ*. 2012;:96-152.
9. Ahmed N, Khaliq A, Shah S, Anwar W. Compliance to anti-hypertensive drugs, salt restriction, exercise and control of systemic hypertension in hypertensive patients at Abbottabad. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2008;20.
10. Golovchenko Y. Patogeneticheskie osobennosti razvitiya tsirkulyatornoy gipoksii mozga pri arterialnoy gipertenzii. *Novosti meditsiny i farmatsii v mire*. 2012;10:11-3.
11. Abanto H. Arterialnaya gipertenziya: zabolevanie ili faktor riska?. *Meditsina neotlozhnyih sostoyaniy*. 2015;7:7-12.
12. Sokolova L. Arterialna gipertenziya yak faktor riziku rozvitku ishemichnogo insultu vertebralno-bazilyarnogo baseynu. *ShidnoEvropeyskiy zhurnal gromadskogo zdorov'ya. Materiali Mizhnarodnoyi naukovopraktichnoyi konferentsiyi, prisvyachenoyi Vsesvitnomu dnyu zdorov'ya. ShidnoEvropeyskiy Zhurnal Gromadskogo Zdorov'ya*. 2013;1:252-3.
13. Bezsheyko V. Effektivnost inhibitorov renin-angiotenzin-aldosteronovoy sistemy pri arterialnoy gipertenzii. *Ukrainskiy Meduchniy Chasopis*. 2015;.
14. Chaban O, Haustova O. Depresivni rozladi u patsientiv pohilogo viku: problemi diagnostiki i terapiyi. *Neuronews*. 2014;2.
15. Sirenko Y. Dosvid likuvannya patsientiv z arterialnoyu gipertenzieyu za dopomogoyu vitchiznyanih likiv. *Ukrayinskiy Kardiologichniy Zhurnal*. 2010;1:27-39.
16. Ocheretyanaya N. XIII Natsionalniy kongress kardiologov Ukrainyi: kvintessentsiya znaniy, dostizheniy, opyita. *Zdorov'ya Ukrayini*. 2011;5:8-10.
17. Chaban O, Haustova O. Metabolichniy sindrom H: psihosomatichniy pidhid do diagnostiki ta likuvannya. *Therapia*. 2008;3:66-70.
18. Bosworth H, Weinberger M, Oddone E. Patient treatment adherence: concepts, interventions, and measurement. London: Psychology Press; 2006.
19. Korzh A. Problema priverzhennosti v profilaktike i lechenii arterialnoy gipertenzii. *Novosti Meditsiny i Farmatsii v Ukraine*. 2012;19:3-4.
20. Gellad W, Grenard J, McGlynn E. Review of barriers to medication adherence: a framework



for driving policy options. RAND Corporation. 2009;.