



УДК 159.923:616-01

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ**ILLNESS PERCEPTION AND ADHERENCE TO THERAPY OF PATIENTS WITH STROKE****О.В. Муравьева, Т.Н. Разуваева
O.V. Muravyeva, T.N. Razuvaeva***Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85**Belgorod National Research University, 85, Pobeda Str., Belgorod, 308015, Russia**E-mail: o.muravyeva91@gmail.com, razuvaeva@bsu.edu.ru*

Аннотация. Статья посвящена рассмотрению особенностей внутренней картины болезни и приверженности лечению пациентов с инсультом, а также их взаимосвязи. В статье рассматриваются различные подходы к изучению субъективной стороны соматических заболеваний, а также раскрываются понятия «внутренняя картина болезни», «приверженность лечению». Описаны факторы, влияющие на становление внутренней картины болезни и степени приверженности лечению. Отмечена значимость изучения субъективного восприятия болезни для лечения и реабилитации. Приведены результаты исследования особенностей эмоционального компонента внутренней картины болезни пациентов с инсультом и его взаимосвязи с приверженностью лечению.

Abstract. The article consist features of correlation of illness perception and adherence to therapy. The article presents the review of illness perception theories and concept of adherence to a therapy. It consist factors which influence on the development of illness perception and adherence to therapy. The article notes significance of learning illness perception and adherence to therapy to rehabilitation. It presents the results of research of correlation an emotional component of illness perception with adherence to a therapy of patients with stroke. We found that most patients with stroke have poor compliance to therapy and learned features of illness perception of patients with stroke.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, приверженность лечению, неприверженность лечению, инсульт, реабилитация.

Key Words: illness perception, adherence to therapy, non-adherence to therapy, stroke, rehabilitation.

На данный момент проблема острых нарушений мозгового кровообращения имеет большое значение для общества и науки. Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, влекущее за собой поражение клеток головного мозга. Инсульт является тяжелым хроническим заболеванием. Согласно данным Министерства Здравоохранения Российской Федерации, постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидизации и составляет 3,2 случая на 10 000 населения. К труду возвращается всего 20% лиц, перенесших инсульт, при том, что одна треть заболевающих - люди трудоспособного возраста. Эти обстоятельства, как отмечают Е. И. Гусев и А. С. Кадыков, делают актуальным вопрос реабилитации постинсультных больных, направленной на коррекцию нарушений, поддержание социальных контактов, на возвращение пациента в общество, а также к профессиональному труду [Ермакова и др., 2009].

Вместе с необходимой лекарственной терапией инсульта и физическими методами реабилитации в раннем периоде заболевания необходимо также применение психосоциальных методов восстановления нарушенных функций. Для осуществления этой работы в реабилитационный процесс включаются, наряду с другими специалистами, психологи. Как отмечает Н.Г. Ермакова, важным, в числе прочих реабилитационных мер, является формирование положительной психологической установки больного на преодоление последствий инсульта, создание установки на длительное и регулярное выполнение задач по восстановлению нарушенных функций. Формирование такого поведения направлено на продолжение выполнения пациентом назначений врача в домашних условиях, на повышение качества жизни больных и профилактику повторного инсульта.



Одним из важнейших факторов, влияющих на возможность создания положительной установки на реабилитацию, являются особенности восприятия больным своего заболевания, то есть внутренняя картина болезни, которая должна быть адекватной, соответствовать тяжести состояния пациента и отражать необходимые знания о болезни [Ермакова, 2008].

По мнению В.В. Николаевой, Е.Т. Соколовой, ситуация болезни является сложной для человека, как в социальном, так и в психологическом плане. Она включает в себя множество компонентов, таких как общение с врачами, прием лекарственных средств, прохождение медицинских процедур, перестройка отношений с близкими людьми, изменения в образе жизни. В случае тяжелого заболевания в эту ситуацию также входит возникающее вследствие болезни ограничение работоспособности, а также, возможно, и приобретенная инвалидность. Совокупность перечисленных факторов накладывает для каждого конкретного пациента отпечаток на оценку собственного состояния, а также принимает участие в формировании и развитии внутренней картины болезни [Соколова, Николаева, 1995]. Необходимо отметить, что на формирование отношения к болезни у пациентов с инсультом оказывают влияние наряду с органическими факторами (локализация, размер очага поражения), психосоциальные факторы (возраст, пол), а также особенности личности. Более подробно эти факторы рассматривал Ю.А. Александровский. Он отмечает, что на осознание болезни и формирование пациентом внутренней картины болезни влияют: информация о своем заболевании; индивидуально-типологические особенности человека; социокультуральные и микросоциальные взаимоотношения; особенности психогенного реагирования на «ключевую» психотравму [Александровский, 2008]. Эти факторы необходимо учитывать при рассмотрении особенностей внутренней картины болезни пациента.

В контексте лечения и реабилитации также одной из наиболее важных реакций на заболевание является поведение по отношению к врачебным рекомендациям: следуют ли им пациенты, привержены или не привержены. Проблема неприверженности лечению имеет как клинические, так и экономические аспекты, препятствуя успеху терапии, продлевая течение заболеваний, увеличивая риск госпитализаций, осложнений и смертности, как отмечает Кремлева О.В., ссылаясь на зарубежных авторов [Кремлева, 2013].

С точки зрения психологии основу приверженности лечению составляют особенности внутренней картины болезни пациента, оказывающие большое влияние на ее формирование, как отмечает В.В. Николаева. В стационаре приверженность лечению проявляется, в частности, в активной мотивированной деятельности пациента в ситуациях, имеющих отношение к его здоровью. Важным аспектом такого мотивированного поведения при соматических заболеваниях является убежденность больных в том, что в их собственных интересах придерживаться назначенного лечения [Николаева, 1987].

Неприверженность лечению включает разнообразные типы поведения пациентов, препятствующие правильному выполнению медицинских предписаний. Это может быть как принятие неправильной дозы медикаментов, как и пропуск приема, прием лекарства в неверное время, повышение или снижение частоты приема и дозировок, удваивание дозы, чтобы компенсировать пропущенный прием, несоблюдение рекомендаций врача по поводу изменения образа жизни [Штрахова, Арсланбекова, 2011].

Проблема приверженности лечению соматических больных является одним из актуальных направлений исследования за рубежом, поскольку характеристики приверженности лечению пациента определяют, наряду с другими факторами, эффективность терапии. В этом направлении работали такие авторы, как Mitchell Alex J., Selmes Thomas, Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M., Jin J, Kirchner J.T., Sklar G.E., Vermeire E., Hearnshaw H., Van Royen P. В нашей стране исследованием приверженности лечению занимались Бабин С.М., О.В. Кремлева, Т.В. Фофанова, Ф.Т. Агеев, А.В. Штрахова, Э.В. Арсланбекова и другие. Однако в отечественных исследованиях приверженности лечению соматических больных наблюдается дефицит, особенно по проблеме взаимосвязи внутренней картины болезни с феноменом приверженности лечению [Кремлева, 2013].

В данной статье представлены результаты исследования, проведенного на базе нейрососудистого отделения ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Белгорода. Выборка включала в себя 30 мужчин и женщин в возрасте от 40 до 65 лет, получавших лечение и реабилитацию. Из представленной выборки 8 пациентов - с диагнозом «геморрагический инсульт» и 22 пациента с диагнозом «ишемический инсульт».

Нами исследовались особенности внутренней картины болезни, приверженность лечению пациентов с инсультом, а также взаимосвязь особенностей внутренней картины болезни и приверженности лечению. Для этой цели был применен комплексный метод, включающий теоретический анализ психологической литературы по данной проблеме, эмпирические методы, статистические методы обработки данных и метод качественного описания результатов.

Особенности внутренней картины болезни изучались с помощью методики «Тип отношений к болезни» (авторы Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова), которая предназначена для определения типа отношения к болезни. С ее помощью можно выявить двенадцать различных типов

отношения к болезни, которые выражены у каждого больного в той или иной степени, а также определить, какой из них является ведущим, основным. В результате проделанной работы были определены наиболее характерные, ведущие во внутренней картине болезни типы отношения к болезни, которые мы представили в виде графика. Полученные данные отражены на рис. 1.

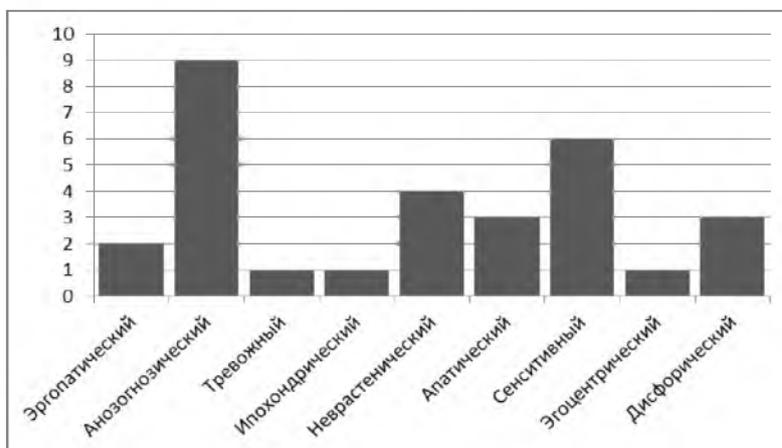


Рис. 1. Распределение типов отношения к болезни пациентов с инсультом
 Pic. 1. The distribution of types of attitude to the disease in patients with stroke

Как видно из рисунка 1, для пациентов с инфарктом мозга наиболее характерны такие типы отношения к болезни, как анозогностический, сенситивный и неврастенический. Для больных с анозогностическим типом отношения к болезни характерно активное отбрасывание мыслей о диагнозе, возможных последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Отчетливо прослеживается тенденция рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко происходит отказ от врачебного обследования и лечения. Также для таких пациентов характерна легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающаяся на течении болезни. Сенситивный тип отношений к болезни характерен для больных чрезмерно ранимых, уязвимых, озабоченных возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Такие больные опасаются, что окружающие станут считать их неполноценными, вследствие налагаемых болезнью и лечением ограничений, боятся стать обузой для близких. Больные с неврастеническим типом отношения к болезни демонстрируют поведение по типу «раздражительной слабости»: вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, неудачах лечения, которые сменяются осознанием и критическим отношением к своим поступкам. Также для них свойственна неспособность терпеливо ждать результата лечения.

На следующем этапе исследования была использована шкала комплаентности Мориски-Грин с целью оценки приверженности лечению. Шкала Мориски-Грин широко используется как в медицинской практике, так и в научных исследованиях для оценки приверженности лечению и выявления недостаточно приверженного контингента больных, требующих особого внимания. Полученные результаты представлены на рисунке 2.

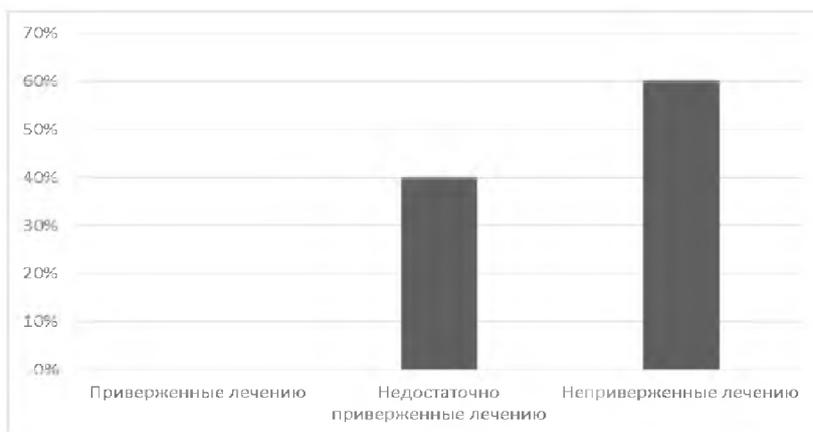


Рис. 2. Количество пациентов с инсультом в группах с разной степенью приверженности лечению
 Pic. 2 Number of patients with stroke in groups with varying degrees of adherence



По результатам проведенного с помощью шкалы комплаентности измерения оказалось, что 40% больных инсультом из обследуемой выборки имеют недостаточную приверженность лечению, а 60% больных – не привержены назначенному им лечению (см. рис. 2). Можно предположить, что для пациентов с инсультом характерно несоблюдение рекомендаций врача, плана назначенного лечения и реабилитации. Такие больные не только принимают назначенные медикаменты не в положенное время, пропускают прием лекарств, но и не следуют рекомендациям касательно изменения образа жизни и отказа от вредных привычек, таких как курение. Таким образом, можно предположить, что вследствие пропуска приема лекарств, несоблюдения рекомендаций лечащего врача, риск возникновения осложнений и возникновения повторного инсульта у таких больных повышается.

В результате статистического анализа полученных данных с помощью коэффициента корреляции Пирсона была обнаружена достоверная корреляционная связь на уровне 0,01 между показателями отношения к болезни и приверженности лечению. Таким образом, отношение к болезни связано со степенью приверженности лечению. Можно предположить, что чем ниже приверженность лечению, тем более выражена дисгармоничность отношения к болезни.

Также была выявлена корреляционная связь на уровне 0,01 между показателями степени приверженности лечению и определенными типами отношения к болезни. Положительно коррелируют между собой низкий уровень приверженности лечению и апатический тип отношения к болезни, а также неприверженность к лечению коррелирует с анозогнозическим типом отношения к болезни и эргопатическим типом отношения к болезни.

Таким образом, мы можем предполагать, что особенности внутренней картины болезни влияют на приверженность лечению. По результатам проведенного исследования для больных с низкой приверженностью и с несформированной приверженностью лечению характерны дисгармоничные типы отношения к болезни, такие как анозогнозический, сенситивный и неврастенический. Можно заключить, что данные характеристики поведенческой и личностной сферы больных имеют взаимосвязь, так как отношение к болезни является одним из факторов, влияющих на формирование приверженности лечению.

Литература

1. Александровский Ю.А. 2008. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение: руководство для врачей. М., ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 240.
2. Ермакова Н.Г. 2008. Особенности личности больных с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации. Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, (68): 32-38.
3. Ермакова Л.А., Шамуров Ю.С., Свиридова Л.П., Василенко А.Ф. 2009. Динамика состояния высших психических функций у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения разной этиологии в левой гемисфере. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология, (5): 25-30.
4. Кремлева О.В. 2013. Проблемы некомплаентности в соматической клинике, тактика преодоления. Медицинская психология в России: электронный научный журнал. URL: <http://mprj.ru> (15 апреля).
5. Николаева В.В. 1987. Влияние хронической болезни на психику. М., Издательство Московского университета, 168.
6. Соколова Е.Т., Николаева В.В. 1995. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях: учебное пособие. М., SvR-Аргус, 352.
7. Штрахова, А.В. Арсланбекова Э.В. 2011. Мотивационный компонент внутренней картины болезни как фактор приверженности к терапии у больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой. Вестник ЮУрГУ, (29): 82-89.