УДК 159.99

Исаев С.А., Грандилевская И.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Уровень комплаенса у пациентов с гемобластозами, прошедших лечение методом трансплантации костного мозга, перед выпиской на дневной стационар

Compliance Level in Patients with Hemoblastosis Treated by Bone Marrow Transplantation before Day-Stay Hospital

Аннотация

Приверженность к лечению является важнейшим показателем для благополучного прогноза терапии пациентов различных нозологических групп. Особенно это актуально для пациентов с гемобластозами, прошедших лечение методом трансплантации костного мозга. Подобная процедура, несмотря на свою доказанную эффективность в лечении заболеваний кроветворной системы, накладывает на пациентов ряд конкретных и категоричных ограничений, которые касаются многих аспектов их образа жизни. Теоретическая значимость данного исследования определяется исключительной ролью приверженности лечению в процессе выздоровления пациентов с гемобластозами на дневном стационаре. Несомненной становится необходимость изучения взаимосвязи комплаентного поведения с психоэмоциональным состоянием и особенностями волевой сферы пациентов, прошедших лечение методом трансплантации костного мозга, перед выпиской на дневной стационар. Гипотеза данной исследовательской работы подразумевает наличие выраженных взаимосвязей между вышеуказанными характеристиками. Выборку составили 30 пациентов от 18 до 64 лет (20 мужчин и 10 женщин), проходящих лечение на отделении ТКМ для взрослых на базе клиники НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой. Задачами исследования являлись: изучение особенностей психоэмоционального состояния пациентов, особенностей их волевой сферы и комплаентного поведения. Для решения поставленных задач использовались составленное клинико-диагностическое интервью, психодиагностические методики и методы математической статистики для обработки и анализа полученных данных. Полученные результаты позволили сформулировать следующие выводы: высокие показатели комплаентного поведения напрямую связаны с интернальным локусом контроля и высокими показателями волевой саморегуляции, также низкие показатели невротизации и отсутствие депрессивных настроений положительно влияют на приверженность к лечению у пациентов с гемобластозами, прошедших лечение методом ТКМ, перед выпиской на дневной стационар.

Ключевые слова: траснплантация костного мозга, гемобластозы, комплаенс

Abstract

Compliance is a very important indicator for the successful prognosis of therapy for patients of various nosological groups. This is especially true for patients with hemoblastosis who have been treated with bone marrow transplantation (BMT). This procedure, despite its proven efficacy in the treatment of diseases of the hematopoietic system, imposes on patients a number of specific and categorical restrictions that relate to many aspects of their lifestyle. The theoretical significance of this research is determined by the exceptional role of compliance in the process of recovery of patients with hemoblastosis in the day-stay hospital. The need to study the relationship of compliant behavior with the emotional state and peculiarities of the volitional sphere of patients who have undergone bone marrow transplantation treatment, before being discharged to the day-stay hospital, is undoubtedly obvious. The hypothesis of the research implies the existence of pronounced relationships between the above characteristics. The sample consisted of 30 patients from 18 to 64 years old (20 men and 10 women) undergoing treatment at the Department of BMT for adults at the clinic of the Research Institute of Pediatric Oncology, Hematology and Transplantology named. R.M. Gorbachev. The objectives of the study were: the study of the peculiarities of the psychoemotional state of patients, the characteristics of their volitional sphere and compliant behavior. To solve the tasks, a compiled clinical diagnostic interview, psychodiagnostic methods and methods of mathematical statistics were used to process and analyze the data obtained. The results allowed formulating the following conclusions: high rates of compliant behavior are directly related to the internal locus of control and high volitional self-regulation, also low neuroticism rates and the absence of depressive moods have a positive effect on treatment adherence in patients with BMT before discharge day hospital.

Keywords: bone marrow transplantation, hemoblastosis, compliance

© Исаев С.А., Грандилевская И.В.

Введение

Одним из видов злокачественных новообразований являются гемобластозы, под которыми подразумевают собирательное нозологическое наименование онкологических заболеваний, развивающихся из клеток гемопоэтической (кроветворной) ткани человека. Удельный вес подобных заболеваний в общей эпидемиологической системе онкологии у людей возраста до 30 лет занимает: у мужчин – 38,5%; у женщин – 26,3%. В целом же картина распространенности выглядит следующим образом: 5% среди прочих онкологических заболеваний у мужчин и 4,6% у женщин. К сожалению, данная группа заболеваний легко рецидивирует, снижая продолжительность и качество жизни пациентов (Вавилов, 2010).

Одним из наиболее эффективных методов терапии данных заболеваний является трансплантация стволовых гемопоэтических клеток костного мозга (Мелкова, 2012). Однако, у данной процедуры имеется и оборотная сторона, заключающаяся в резком снижении качества жизни на неопределенный срок, зависящий от успешности приживления и дальнейшей интеграции донорских клеток в гемопоэтическую систему пациента (Пушкарева, 1999). Для успешного прохождения данного этапа необходимо соблюдать ряд жестких ограничений: диета, исключающая свежие овощи и фрукты, глубокая термическая обработка пищи; антибактериальный режим, подразумевающий постоянное использование антисептиков и ношение маски, избегание массовых скоплений людей, растений и животных; постоянный прием множества препаратов, имеющих серьезные побочные эффекты, и частое прохождение различных медицинских процедур (Вавилов, 2010). Подобные запреты, при отсутствии зримых и ощущаемых симптомов заболевания, сильно ограничивают пациентов и доставляют им психологический дискомфорт (Моисеенко, 2007). Однако, любое попустительское отношение к этим ограничениям, особенно в первый год после ТКМ, резко повышает риск возможных осложнений, что может привести к летальному исходу. После

выхода на дневной стационар у пациентов появляется множество соблазнов нарушить режим, которому им необходимо следовать, и эффективное восстановление невозможно без наличия у пациента высокого уровня комплаенса (Богатырев, 2009; Фирсова, 2009).

В данном контексте, роль комплаентного поведения трудно переоценить, так как во многом успех в прохождении рубежа в 5 лет после терапии, что считается выздоровлением, сильно зависит именно от роли пациента и его приверженности лечению.

Комплаенс в данном исследовании рассматривается с позиций его триединства, а именно: социальный компонент (СК), эмоциональный компонент (ЭК) и поведенческий компонент (ПК), где под социальным компонентом подразумевается стремление соответствовать предписаниям врача, обусловленное ориентацией на социальное одобрение; под эмоциональным – склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленная повышенной впечатлительностью и чувствительностью; а под поведенческим – стремление к точному соблюдению врачебных рекомендаций, направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие (Горланов, 2011; Кадыров, 2014; Morisky, 1986).

Методы и процедура исследования

В рамках данной исследовательской работы было обследовано 30 пациентов в возрасте от 18 до 64 лет, проходящих лечение методом трансплантации костного мозга, перед выпиской на дневной стационар на отделении ТКМ для взрослых НИИДОГиТ им. Р.М. Горбачевой. Из них 10 женщин и 20 мужчин с гемобластозами. Распределение пациентов по диагнозам представлено в таблице 1. Средний возраст пациентов – 37,5 лет. Также перед проведением клинико-диагностического интервью пациенты подписывали добровольное информированное согласие.

Таблица 1 – Диагнозы пациентов

Диагноз	Мужчины	Женщины	Рецидив	Всего (%)	Возраст (средний)
Острый миелобластный лейкоз	6	5	2 (18%)	36,6%	42,1
Острый лимфобластный лейкоз	7	1	4 (50%)	26,6%	35,6
Лимфома Ходжкина	3	2	5 (100%)	16,6%	36,4
Миелодиспластический синдром	1	1	1 (50%)	6,6%	32
Рассеянный склероз	1	0	1 (100%)	3,3%	38
Множественная миелома	1	0	1 (100%)	3,3%	49
Апластическая анемия	1	1	2 (100%)	6,6%	27,5

Процедура исследования включала три этапа: 1) проведение клинико-диагностического интервью; 2) экспериментально-методологическая часть исследования; 3) анализ и интерпретация полученных данных.

Экспериментально-методологическая часть включала в себя следующие методики: опросник «HADS» (A.S. Zigmond, R.P. Snaith), методика «Диагностика уровня невротизации Вассермана» (В.В. Бойко, Л.И. Вассерман), «Шкала комплаентности» (D.E. Morisky, L.W. Green), опросник «Уровень комплаентности» (Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян), методика «Локус контроля» (J. Rotter) и опросник «Исследование волевой саморегуляции» (А.В. Зверьков, Е.В. Эйдман). Математико-статистическая обработка собранного материала производилась с помощью корреляционного анализа Пирсона.

Результаты и обсуждение

При проведении данного исследования помимо экспериментально-психологических методов было использовано клинико-диагностическое интервью.

Все испытуемые, кроме одного (это можно объяснить наличием в анамнезе антероретроградной амнезии), смогли точно назвать свой диагноз, дату и тип проведенной ТКМ.

В основном, обследуемых впервые обратиться к врачу вынудили общая слабость, непроходящие синяки, общая бледность, субфебрильная температура, частые простудные заболевания. Имели место быть и случайные обнаружения заболевания после плановой сдачи анализа крови.

Абсолютное большинство пациентов (27 из 30) после обнаружения заболевания самостоятельно искали информацию о своем диагнозе. Но большую часть информации черпали от лечащего врача.

Из трудностей, с которыми обследуемым пришлось столкнуться в процессе лечения, большинство выделяет побочные эффекты химиотерапии, болезненные процедуры и социальную изоляцию.

На вопрос о наличии рекомендаций и ограничений от медперсонала все обследуемые демонстрировали знания этих рекомендаций. Из них наибольший дискомфорт причиняет диета, обязательное ношение маски и строгое соблюдение гигиенических правил.

Трудности во взаимодействии с медперсоналом в рамках актуального диагноза отмечали 76,7% пациентов. Большинство этих жалоб относилось к бюрократическим аспектам их лечения, к компетентности медперсонала в их родных населенных пунктах, проволочек в постановке диагноза.

На вопрос о точности и постоянности исполнения предписаний врача утвердительно ответило 66,7% пациентов. Причем, мужчины оказались более исполнительны в этом отношении, нежели женщины (70% против 60% соответственно).

На вопрос об актуальном настроении большинство ответов носило нейтральный характер («нормальное», «обычное»). Колебание настроения, в основном, зависело от соматического состояния. Четверо респондентов отметили, что на их настроение влияют посещения родственников и близких. Также 70% пациентов отмечали проблемы со сном в период за два месяца до трансплантации («не могла подолгу уснуть», «часто просыпался»).

На вопрос есть ли на данной момент что-либо, что вызывает беспокойство 16,7% ответили, что ничего (такой ответ дали только мужчины); 50% отметили, что их, в основном, беспокоит здоровье, выздоровление, возможность осложнения или рецидива (50% мужчин и 50% женщин); 13,3% больше всего беспокоятся о семье, доме (15% мужчин и 10% женщин); а 20% заявили о желании поскорее покинуть больницу (10% мужчин и 40% женщин).

На вопросы, относящиеся к линии будущего, а именно – о планах после выписки, были получены следующие ответы: неопределенные ответы («не знаю», «посмотрим») были у 13,3% пациентов (20% от общего количества мужчин; женщины подобный ответ не давали); ответы, связанные с семьей и домом, дали 30% обследуемых (25% мужчин и 40% женщин); планы выйти на работу высказали 20% пациентов (20% мужчин и 20% женщин); планы на отдых, досуг высказали 36,7% пациентов (35% мужчин и 40% женщин).

При корреляционном анализе были получены следующие результаты.

1) Выраженность госпитальной депрессии, измеряемой опросником «HADS», положительно коррелирует с госпитальной тревогой ($p \leq 0,01$), выявленной по той же методике. Положительная корреляция депрессии также наблюдается со степенью невротизации ($p \leq 0,01$); были выявлены отрицательные корреляции депрессии со следующими показателями: общей волевой саморегуляцией ($p \leq 0,01$), настойчивостью ($p \leq 0,01$) и самообладанием ($p \leq 0,01$).

Таким образом, можно говорить о том, что пациенты, обладающие более выраженной депрессивностью, более тревожны в условиях госпитализации и сильнее подвержены невротизации, что, в свою очередь, негативно сказывается на способности таких пациентов к волевой саморегуляции. Подобные взаимосвязи психоэмоционального состояния и особенностей волевой сферы пациентов отражают их общую эмоциональную возбудимость, импульсивность,

что может негативно сказаться на их приверженности к лечению. Тревога также положительно коррелирует с депрессией ($p \leq 0,01$) и невротизацией ($p \leq 0,01$).

2) Выраженность невротизации положительно коррелирует с депрессией ($p \leq 0,01$) и тревогой ($p \leq 0,01$), что отмечено в предыдущем пункте. Также обнаружены отрицательные корреляции с выраженностью комплаентного поведения по методике «Опросник Мориски-Грин» ($p \leq 0,05$), отрицательные корреляции с выраженностью общей волевой саморегуляции ($p \leq 0,01$) и самообладанием ($p \leq 0,01$).

Таким образом, можно говорить о негативном влиянии невротизации личности пациента на его приверженность к лечению. Эмоциональная возбудимость, раздражительность, негативный фон переживаний, трудности во взаимодействии с окружающими и ипохондрическая фиксация на своем состоянии отрицательно сказываются на способности таких пациентов соблюдать предписания врачей, госпитальный режим и расписание приема препаратов. В перспективе это может негативно сказаться на успешности проводимой терапии. Данный феномен особенно актуален для пациентов, прошедших лечение методом ТКМ, перед выпиской на дневной стационар, где их личная ответственность за свое состояние и эффективность выздоровления значительно выше, нежели когда они находятся под наблюдением медперсонала в больнице.

3) Анализируя взаимосвязи показателей комплаентности по «Опроснику Мориски-Грин» с другими характеристиками были обнаружены следующие корреляции: отрицательная корреляция с выраженностью невротизации ($p \leq 0,05$); а положительные связи наблюдаются с показателями общей волевой саморегуляции ($p \leq 0,05$) и с самообладанием ($p \leq 0,01$).

Следовательно, можно говорить, что пациенты, обладающие более стабильным эмоциональным состоянием, более контролирующие свое поведение и намерения, являются более приверженными к лечению и исполнению назначений и рекомендаций, что, в свою очередь, может

позитивно сказаться на эффективности проводимого лечения на дневном стационаре.

4) Результатом корреляционного анализа взаимосвязей между элементами комплаентного поведения по методике «Уровень комплаентности» является наличие положительной корреляции между всеми составляющими анализируемыми показателями – социальным, эмоциональным, поведенческим и общим комплаенсом ($p \leq 0,01$). Более выраженная связь наблюдается между показателями поведенческой комплаентности и общим уровнем комплаентного поведения, что можно объяснить непосредственной значимостью самого поведения пациента в контексте его заболевания и соответствующего лечения, так как само такое поведение направлено на преодоление болезни, и, по сути, является главным в определении степени комплаентности (Кадыров, 2014). Связи с остальными показателями, подвергшимися корреляционному анализу, статистической значимости не имеют.

5) Были выявлены отрицательные корреляции между показателем экстернальности и общей волевой саморегуляцией ($p \leq 0,05$), настойчивостью ($p \leq 0,05$) и самообладанием ($p \leq 0,05$). И наоборот, закономерным является наличие положительных корреляций интернальности с общей волевой саморегуляцией ($p \leq 0,05$), настойчивостью ($p \leq 0,05$) и самообладанием ($p \leq 0,05$).

Таким образом, можно сделать выводы, что пациенты, обладающие интернальной когнитивной ориентацией, имеют более высокие показатели общей волевой саморегуляции. Следовательно, они более эмоционально стабильны, лучше владеют своим поведением и намерениями, что не может не сказаться позитивно на фактическом соблюдении всех рекомендаций, ограничений лечащего врача, что делает таких пациентов более комплаентными (Ильин, 2011; Мелкова, 2012; Morisky, 1986).

Заключение

В данном исследовании были проанализированы взаимосвязи между уровнем комплаентности пациентов, прошедших лечение методом ТКМ, перед выпиской на дневной стационар, особенностями их психоэмоционального состояния и особенностями их волевой сферы.

Актуальность проведенного исследования обусловлена тем, что приверженность к лечению данной категории пациентов является важнейшим фактором лечебно-реабилитационного периода, и соблюдение назначенных рекомендаций, ограничений, следование разработанному режиму во многом определяет успех приживления донорских гемопоэтических клеток и выздоровления в целом.

Проведенное исследование подтверждает выдвинутую гипотезу о наличии взаимосвязей между комплаенсом, психоэмоциональным состоянием и особенностями волевой сферы обследуемых пациентов. Действительно, такие характеристики психоэмоционального статуса обследуемых, как госпитальная депрессия и невротизация, которые сами по себе имеют положительную корреляцию друг с другом, негативно коррелируют с особенностями волевой сферы пациентов, а именно – с общей волевой саморегуляцией, их настойчивостью и самообладанием, а также более выраженная степень невротизации личности пациента негативно сказывается на его комплаентном поведении. Еще одним важным установленным фактом является наличие взаимосвязей между комплаентным поведением и спецификой волевой сферы – интернальный локус контроля напрямую связан с более высокими показателями общей волевой саморегуляции, настойчивости и самообладания, выраженность которых, в свою очередь, коррелирует с более комплаентным поведением пациентов перед выпиской на дневной стационар.

Практическая ценность данной работы, в первую очередь, заключается в подтверждении важности психоэмоционального состояния для более успешного лечебно-реабилитационного процесса пациентов, так как от их

комплаентности во многом зависят и результат проведенной ТКМ, и благополучное протекание пост-трансплантационного периода. Также результаты данного исследования можно будет использовать в качестве предикторов комплаенса у пациентов, прошедших лечение методом ТКМ, перед выпиской на дневной стационар и для определения психотерапевтических мишеней с целью повышения их приверженности к лечению.

Список использованных источников

Богатырев Н.В. Понятие комплаенса и проблема измерения комплаенса // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, 2009. № 116. С. 260-265.

Вавилов В.Н. Трансплантация костного мозга при остром миелоидном лейкозе у взрослых // Клиническая онкогематология, 2010. № 4.

Горланов И.А., Микиртичан Г.Л., Заславский Д.В. и др. Клинико-социологические проблемы комплаентности // Вестн. дерматол. и венерол., 2011. Т. 1. С. 38-40.

Ильин Е.П. Психология воли. 2-е изд. СПб., Питер, 2011. – 368 с.

Кадыров Р.В. Опросник «Уровень комплаентности»: монография. Владивосток, Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.

Мелкова К.Н. Аллогенная трансплантация костного мозга: ключевые аспекты и основные этапы развития // Клиническая онкогематология, 2012.

Моисеенко В.М., Чулкова В.А. Психоонкология: Пособие для врачей. СПб., 2007. – 38 с.

Пушкарева С.Г. Исторические аспекты трансплантации аллогенного костного мозга // Проблемы трансплантации костного мозга и стволовых клеток периферической крови. М., 1999. С. 5-6.

Фирсова И.В., Михальченко Д.В., Скачкова О.Н. Взаимоотношения врача и пациента как фактор, определяющий комплаентность // Социология медицины, 2009. С. 20.

Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence // Med Care, 1986. No. 24. Pp. 67-73.

References

Bogatyrev N.V. Poniatie komplaensa i problema izmereniia komplaensa [Concept of compliance and compliance measurement] // Izvestiia Rossiiskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena, 2009. No. 116. Pp. 260-265. (In Russian)

Vavilov V.N. Transplantatsiia kostnogo mozga pri ostrom mieloidnom leikoze u vzroslykh [Bone marrow transplantation in acute myeloid leukemia in adults] // Klinicheskaia onkogematologiia, 2010. No. 4. (In Russian)

Gorlanov I.A., Mikirtichan G.L., Zaslavskii D.V. i dr. Kliniko-sotsiologicheskie problemy komplaentnosti [Clinical and sociological problems of compliance] // Vestn. dermatol. i venerol., 2011. V. 1. Pp. 38-40. (In Russian)

Il'in E.P. Psikhologiia voli [Psychology of the volition]. Saint-Petersburg, Piter Publ., 2011. (In Russian)

Kadyrov R.V. Oprosnik «Uroven' komplaentnosti»: monografiia [Compliance Questionnaire: monograph]. Vladivostok, Mor. gos. un-t, 2014. (In Russian)

Melkova K.N. Allogennaia transplantatsiia kostnogo mozga: kliuchevye aspekty i osnovnye etapy razvitiia [Allogeneic bone marrow transplantation: key aspects and main stages of development] // Klinicheskaia onkogematologiia, 2012. (In Russian)

Moiseenko V.M., Chulkova V.A. Psikhoonkologiia: Posobie dlia vrachei [Psycho-oncology: A Handbook for Doctors]. Saint-Petersburg, 2007. (In Russian)

Pushkareva S.G. Istoricheskie aspekty transplantatsii allogennogo kostnogo mozga [Historical aspects of allogeneic bone marrow transplantation] // Problemy transplantatsii kostnogo mozga i stvolovykh kletok perifericheskoi krovi. Moscow, 1999. Pp. 5-6. (In Russian)

Firsova I.V., Mikhal'chenko D.V., Skachkova O.N. Vzaimootnosheniia vracha i patsienta kak faktor, opredeliaiushchii komplaentnost' [The relationship between the doctor and the patient as a factor determining compliance] // Sotsiologiia meditsiny, 2009. P. 20. (In Russian)

Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence // Med Care, 1986. No. 24. Pp. 67-73.