

© И.А.Васильева, А.Ш.Румянцев, Ю.С.Михеева, 2004
УДК 616.61-008.64-036.12-085.38-082.5

И.А. Васильева, А.Ш. Румянцев, Ю.С. Михеева

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ ЛЕЧЕБНОГО РЕЖИМА БОЛЬНЫМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

I.A. Vasilieva, A.Sh. Rumyantsev, Yu.S. Mikheeva

PSYCHOSOCIAL AND DEMOGRAPHIC ASPECTS OF NON-COMPLIANCE IN CHRONIC HEMODIALYSIS PATIENTS

Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, отделение гемодиализа Республиканской больницы, г. Петрозаводск, Карелия, Россия

РЕФЕРАТ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить психосоциальные, демографические и клиничко-биохимические факторы, влияющие на несоблюдение лечебного режима гемодиализа (ГД). **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Обследован 51 больной, получавший лечение хроническим ГД. В качестве показателей несоблюдения режима ГД использованы чрезмерная прибавка веса больного в междиализный период, пропуски и сокращение сеансов ГД. Наряду с традиционными показателями некомплайенса анализировались курение и злоупотребление алкоголем. Применялись психодиагностические методики для оценки депрессии, тревожности, особенностей личности, качества жизни, жизненных целей и ценностных ориентаций пациентов. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** При учете только более строгих критериев некомплайенса (относительная междиализная прибавка веса свыше 5,7% от сухого веса больного, пропуски и сокращение сеансов ГД чаще одного раза в месяц) примерно одна треть больных попадает в группу нарушающих лечебный режим хотя бы по одному показателю. Однако если включить в число недисциплинированных всех больных с прибавкой веса в междиализный период свыше 3 кг, группа несоблюдающих режим будет насчитывать свыше половины пациентов. Показано, что курение и злоупотребление алкоголем тесно связаны между собой и со всеми без исключения индикаторами некомплайенса. Установлено, что молодой возраст ($p=0,004$) пациентов достоверно связан с некомплайенсом. По результатам рангового корреляционного и факторного анализов, некомплайенс связан с такими личностными чертами, как недоверчивость, несоблюдение социальных норм, независимость, сниженный самоконтроль, эмоциональная неустойчивость, экстернальный локус контроля, неудовлетворенность самореализацией, отсутствие жизненной перспективы. Не отмечено достоверных связей индикаторов некомплайенса с полом, образованием, наличием работы, семьи, социальной поддержки, психическим состоянием больного, качеством жизни, клиничко-биохимическими и анамнестическими показателями. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Установлено, что к факторам, предрасполагающим к нарушениям режима ГД, относятся молодой возраст, «соматическая сохранность» и неблагоприятные особенности личности.

Ключевые слова: несоблюдение лечебного режима (некомплайенс), гемодиализ, психосоциальные переменные, особенности личности.

ABSTRACT

THE AIM of the investigation was to determine psychosocial, demographic and clinical-biochemical factors influencing non-compliance of hemodialysis patients. **PATIENTS AND METHODS.** Under examinations there were 51 patients on chronic hemodialysis (HD). The excessive gaining of weight of the patients in the periods between dialysis procedures, absence from the procedures, and shortening the HD sessions were used as indices of non-compliance. Smoking and alcohol abuse were analyzed along with traditional indices of non-compliance. Psycho-diagnostic techniques were used for the assessment of depression, anxiety, personal peculiarities, life quality, life aims and value orientations of the patients. **RESULTS.** Only stricter criteria of non-compliance (relative gaining weight over 5.7% of the patient's dry weight, absence from and shortening HD sessions more than once a month) included about one third of the patients into the group of non-compliance patients even if by one index. However if the group of undisciplined patients could include all patients with weight gain more than 3 kg in the period between the HD sessions, the group of non-compliance would include more than half patients. It was shown that smoking, alcohol abuse and all other indices of non-compliance are closely interconnected. Younger age of the patients ($p=0.004$) was found to be reliably connected with non-compliance. The rank correlation and factor analyses have shown that non-compliance is associated with such features as mistrustfulness, non-observance of social norms, independence, low self-control, emotional instability, external locus of control, dissatisfaction with self-realization, absence of life perspectives. No reliable relationships of non-compliance indicators with gender, education, job, family, social supporting, mental state of the patient, life quality, clinical-biochemical and anamnestic indices were revealed. **CONCLUSION.** It was found that the factors predisposing to non-compliance are young age, «somatic safety» and unfavorable personal features.

Key words: non-compliance, hemodialysis, psychosocial variables, personal peculiarities.

ВВЕДЕНИЕ

Серьезной проблемой, с которой ежедневно приходится сталкиваться клиницистам при работе с больными, находящимися на лечении гемодиализом

(ГД), является несоблюдение режима (в англоязычной литературе – термин «некомплайенс»). По данным различных авторов, от 33 до 64% ГД-пациентов нарушают водный режим или диету, что негативно

Таблица 1

**Факторный анализ показателей
нонкомплайенса**

	Факторные нагрузки
Относительная прибавка массы тела в междиализный период, %	-0,609500
Курение	-0,865909
Алкоголь	-0,870695
Пропуски сеансов ГД	-0,844726
Сокращение длительности сеанса ГД	-0,758490
Доля объясненной дисперсии	63%

сказывается на результатах лечения: приводит к возникновению осложнений и повышает риск смерти [1-6]. Если связь соблюдения режима ГД с выживаемостью больных признается большинством авторов [7-9], то вопрос о том, существует ли связь между невыполнением врачебных рекомендаций, с одной стороны, и психологическими характеристиками пациента с другой (иными словами, имеется ли психологическая предрасположенность к несоблюдению режима ГД), остается мало изученным. Зарубежные публикации по данной проблематике немногочисленны и отличаются противоречивостью выводов [10, 11], отечественных работ на эту тему обнаружить не удалось.

С целью выявления психосоциальных, демографических и клинико-биохимических переменных, связанных с несоблюдением лечебного режима ГД, и предпринято настоящее исследование.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Обследован 51 больной, получавший лечение хроническим бикарбонатным ГД. Среди больных было 22 мужчины и 29 женщин в возрасте от 21 до 69 лет. Длительность ГД-терапии – от 1 до 11 лет.

В качестве показателей несоблюдения режима ГД в нашем исследовании были использованы чрезмерная прибавка веса больного в междиализный период, пропуски сеансов ГД чаще одного раза в месяц, а также сокращение сеансов ГД на 10 и более минут чаще одного раза в месяц. При этом рассчитывались как абсолютная междиализная прибавка веса, так и относительная (отношение прибавки веса в междиализный период к сухому весу больного). В перечень индикаторов нонкомплайенса в нашем исследовании не были включены гиперфосфатемия и гиперкалиемия, т.к. эти критерии не являются общепризнанными [3, 12, 13]. Так, например, ряд авторов указывает, что не всегда легко отдифференцировать гиперфосфатемии, связанную с невыполнением врачебных рекомендаций, от гиперфосфатемии, в основе которой лежит вторичный гиперпаратиреоз [10].

Наряду с традиционными показателями нонкомплайенса анализировались также курение и злоупотребление алкоголем.

В исследовании применялись следующие психодиагностические методики: шкала самооценки депрессии Зунга [14], шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергер [15], методика SF-36 Health Status Survey для оценки связанного со здоровьем качества жизни [16], опросник Кеттелла (16-PF, форма А) для определения особенностей личности [17], тест смысловых ориентаций (СЖО) [18].

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием общепринятых методов параметрической и непараметрической статистики. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии различий и влияний) принимали равным 0,05. Характеристики выборки представлены в виде средней $\pm$ стандартное отклонение. Для оценки межгрупповых различий применяли критерий Манна–Уитни. Использовали также ранговый корреляционный анализ (критерий t Кендела) и факторный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные нами результаты свидетельствуют, что примерно половина больных (26 человек) регулярно нарушали лечебный режим хотя бы по одному из индикаторов нонкомплайенса. Чаще всего наблюдался большой набор жидкости в междиализный период. Междиализная прибавка веса свыше 3 кг имела место у 41% процента больных, относительная прибавка веса более 5,7 % от сухого веса – у 16%. Систематические пропуски сеансов диализа и сокращение времени диализной процедуры встречались в 18% и 20% случаев. Если учитывать только наиболее жесткие критерии нарушений лечебного режима (относительную прибавку веса более 5,7 % от сухого веса, пропуски и сокращения сеансов ГД чаще одного раза в месяц), то в группу нонкомплайенса попадают 18 человек (35%).

Установлены достоверные связи между курением и каждым из показателей нарушения режима. По результатам рангового корреляционного анализа, у курящих больше междиализная прибавка веса, как абсолютная ($\tau=0,34$, $Z=3,5$, $p=0,0004$), так и относительная ($\tau=0,37$, $Z=3,8$, $p=0,0002$). Курящие чаще пропускают ($\tau=0,63$, $Z=6,6$, $p=0,0000$) и сокращают сеансы ГД ($\tau=0,58$, $Z=6,0$, $p=0,0000$). По результатам факторного анализа (табл. 1), курение входит в состав одного фактора вместе со всеми показателями нонкомплайенса. Аналогичные данные получены и по злоупотреблению алкоголем. Склонность к употреблению алкоголя связана с абсолютной ($\tau=0,22$, $Z=2,3$, $p=0,02$) и относительной междиализной прибавкой веса ($\tau=0,29$, $Z=3,0$, $p=0,003$), пропус-

Таблица 2

Средние значения показателей личностного опросника Кеттелла у дисциплинированных и несоблюдавших режим («сырые» оценки, $\bar{X} \pm SD$)

Показатели (факторы)	Группы больных		
	недисциплини- рованные, n=18	дисциплини- рованные, n=33	достоверность различий
A (циклотимия-шизотимия)	11,4±3,1	10,5±3,4	НД
B (интеллект высокий-низкий)	6,1±2,8	6,8±2,6	НД
C (эмоциональная устойчивость-неустойчивость)	11,2±4,0	13,2±3,8	НД
E (доминантность-подчиняемость)	8,1±2,8	6,3±3,1	p=0,046
F (беспечность-озабоченность)	10,3±4,2	9,1±4,1	НД
G (социальная нормативность-несоблюдение норм)	12,4±2,1	14,7±3,2	p=0,012
H (смелость-робость)	10,0±4,0	10,3±5,7	НД
I (мягкость-жесткость)	11,1±4,6	10,7±4,2	НД
L (подозрительность-доверчивость)	11,7±2,3	9,7±3,1	p=0,031
M (мечтательность-практичность)	9,6±3,1	9,6±2,6	НД
N (проницательность-наивность)	11,8±2,7	12,4±2,6	НД
O (склонность к чувству вины-уверенность)	14,2±3,8	13,2±3,9	НД
Q1 (радикализм-консерватизм)	8,8±1,7	7,9±2,6	НД
Q2 (самодостаточность-зависимость от группы)	11,6±3,3	11,2±3,6	НД
Q3 (самоконтроль высокий-низкий)	11,7±2,3	13,1±2,3	p=0,047
Q4 (напряженность-расслабленность)	14,6±4,8	12,8±4,8	НД

Примечание: чем выше значение показателя, тем более выражена личностная черта, указанная в таблице первой.

ками ($\tau=0,76$, $Z=7,8$, $p=0,0000$) и сокращениями сеансов ГД ($\tau=0,58$, $Z=6,0$, $p=0,0000$). Курение и склонность к употреблению спиртных напитков коррелируют между собой ($\tau=0,65$, $Z=6,8$, $p=0,0000$). Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют, что курение и чрезмерное употребление алкоголя тесно связаны между собой и со всеми без исключения индикаторами некомплайенса. Исходя из этого, мы сочли возможным рассматривать эти показатели в одном ряду с традиционными мерами некомплайенса.

Показано, что важным фактором, влияющим на соблюдение режима ГД, является возраст больных. Среди нарушающих режим, как правило, лица молодого возраста. Средний возраст больных в группе нарушавших режим составил $36,9 \pm 9,5$, в группе дисциплинированных – $46,3 \pm 11,2$ ($p=0,004$). Возраст отрицательно коррелирует со всеми показателями некомплайенса: междиализной прибавкой веса абсолютной ($\tau=-0,24$, $Z=-2,5$, $p=0,01$) и относительной ($\tau=-0,31$, $Z=-3,2$, $p=0,001$), пропусками ($\tau=-0,29$, $Z=-3,0$, $p=0,002$) и сокращением сеансов ГД ($\tau=-0,22$, $Z=-2,3$, $p=0,02$), курением ($\tau=-0,22$, $Z=-2,3$, $p=0,02$) и алкоголизацией ($\tau=0,29$, $Z=3,0$, $p=0,002$). Таким образом, невыполнение медицинских рекомендаций в большей степени свойственно пациентам молодого возраста.

Проведен анализ связи индикаторов некомплайенса с показателями опросника Кеттелла, позволяющего описать структуру личности в терминах 16 факторов. При сравнении группы соблюдавших режим с недисциплинированными хотя бы по одному из критериев получены следующие результаты (табл. 2). Достоверные различия наблюдались по

факторам G (социальная нормативность – несоблюдение норм), L (подозрительность – доверчивость), Q3 (самоконтроль) и E (доминантность – подчиняемость). В группе недисциплинированных пациентов были более выражены такие личностные черты, как несоблюдение социальных норм, недостаточная ответственность; недоверчивость, настороженность; склонность к лидерству, авторитарность. В этой группе отмечается сниженный по сравнению с дисциплинированными больными самоконтроль. Анализ связей отдельных показателей нарушений режима с личностными факторами продемонстрировал следующее. Абсолютная междиализная прибавка веса положительно коррелирует с фактором Q2 ($\tau=0,22$, $Z=2,2$, $p=0,025$), относительная – с фактором L ($\tau=0,24$, $Z=2,4$, $p=0,015$), т.е. лица с высокими прибавками веса более недоверчивы, независимы и самодостаточны. У курящих достоверно выше настороженность, подозрительность (фактор L) ($\tau=0,25$, $Z=2,6$, $p=0,010$), склонность к чувству вины (фактор O) ($\tau=0,23$, $Z=2,3$, $p=0,019$), снижены самоконтроль (фактор Q3) ($\tau=-0,20$, $Z=-2,1$, $p=0,039$) и эмоциональная устойчивость (фактор C) ($\tau=-0,19$, $Z=-2,0$, $p=0,048$). У пропускающих сеансы ГД более выражена эмоциональная неустойчивость (фактор C) ($\tau=-0,24$, $Z=-2,5$, $p=0,014$), а при сокращениях времени диализа – недоверчивость (фактор L) ($\tau=0,26$, $Z=2,7$, $p=0,008$), доминантность (фактор E) ($\tau=0,26$, $Z=2,7$, $p=0,008$) и несоблюдение социальных норм (фактор G) ($\tau=-0,21$, $Z=-2,2$, $p=0,031$). У склонных к злоупотреблению алкоголем ниже самоконтроль (фактор Q3) ($\tau=-0,26$, $Z=-2,7$, $p=0,007$), более выражены эмоциональная нестабильность (фактор C) ($\tau=-0,24$, $Z=-2,5$, $p=0,014$)

Средние значения показателей теста смысловых ориентаций у дисциплинированных и недисциплинированных ($\bar{X} \pm SD$)

Шкалы	Группы больных		Достоверность различий
	недисциплинированные, n=18	дисциплинированные, n=33	
Цели	25,2 $\pm$ 8,7	31,2 $\pm$ 7,8	p=0,014
Процесс	22,3 $\pm$ 7,6	24,0 $\pm$ 7,8	НД
Результат	18,5 $\pm$ 6,9	23,5 $\pm$ 6,5	p=0,014
Локус контроля - Я	14,8 $\pm$ 6,0	18,7 $\pm$ 5,5	p=0,021
Локус контроля - жизнь	20,6 $\pm$ 7,2	24,2 $\pm$ 7,3	НД
Общий показатель осмысленности жизни	75,4 $\pm$ 21,9	90,2 $\pm$ 22,7	p=0,029

Таблица 3 том собственных усилий. Экстерналы, наоборот, склонны приписывать ответственность за события своей жизни внешним факторам (другим людям, случаю, судьбе). Им свойственен фатализм. При высоких оценках по этим

и несоблюдение социальных норм (G) ($\tau=-0,25$, $Z=-2,5$, $p=0,011$), выше доминантность, авторитарность (фактор E) ($\tau=0,30$, $Z=3,0$, $p=0,002$).

Результаты клинического наблюдения дополняют данные корреляционного анализа. У ряда больных, склонных к несоблюдению режима, имеется своя, подчас абсурдная, концепция заболевания, которой они достаточно жестко придерживаются. Одна больная так объясняла свое поведение: «Я пью много жидкости для того, чтобы разбавить шлаки». Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что соблюдение лечебного режима зависит от особенностей личности. «Личностный портрет недисциплинированного пациента», по данным опросника Кеттелла, включает недоверчивость, склонность к несоблюдению социальных норм, независимость, самодостаточность, доминантность, эмоциональную неустойчивость и сниженный самоконтроль (схема).

Жизненные цели и ценности больных изучались с помощью теста смысловых ориентаций (СЖО). По результатам выполнения теста рассчитывается общий показатель осмысленности жизни и пять отдельных индексов. Первая подшкала – «цели в жизни» – характеризует наличие или отсутствие у человека целей в жизни. Вторая подшкала – «процесс жизни» – исходит из известной теории, что единственный смысл жизни состоит в том, чтобы жить. Показатель говорит о том, воспринимает ли человек процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. Третья подшкала – «результативность жизни или удовлетворенность самореализацией» – отражает самооценку пройденного отрезка жизни, насколько продуктивна была прожитая ее часть. Две последние подшкалы оценивают такую личностную характеристику как уровень субъективного контроля над событиями собственной жизни. С точки зрения американского психолога Д. Роттера, люди различаются между собой по тому, где они локализуют контроль над значимыми для себя событиями. Интерналы считают события в своей жизни результа-

твом подшкалам преобладает интернальный локус контроля.

Как видно из таблицы 3, все показатели опросника смысловых ориентаций ниже в группе несоблюдавших режим. Зарегистрировано большое количество достоверных связей индикаторов некомплайенса с показателями теста. Общий показатель осмысленности жизни отрицательно коррелирует с большинством показателей нарушений режима: чем выше осмысленность жизни, тем меньше склонность к курению ($\tau=-0,26$, $Z=-2,7$, $p=0,007$), алкоголизации ($\tau=-0,27$, $Z=-2,8$, $p=0,004$), пропускам ($\tau=-0,34$, $Z=-3,5$, $p=0,000$) и сокращению сеансов ГД ($\tau=-0,22$, $Z=-2,3$, $p=0,022$). Аналогично у человека с высоким показателем по шкале «Цели в жизни» ниже относительная междиагностическая прибавка веса ($\tau=-0,20$, $Z=-2,1$, $p=0,038$), меньше склонность к пропускам ГД ($\tau=-0,31$, $Z=-3,2$, $p=0,001$), курению ($\tau=-0,24$, $Z=-2,5$, $p=0,011$) и употреблению алкоголя ($\tau=-0,22$, $Z=-2,3$, $p=0,024$). Неудовлетворенность прожитой частью жизни сочетается с пропусками ($\tau=-0,27$, $Z=-2,8$, $p=0,004$) и сокращением сеансов ГД ($\tau=-0,23$, $Z=-2,4$, $p=0,017$), курением ($\tau=-0,29$, $Z=-3,0$, $p=0,003$) и алкоголизацией ($\tau=-0,29$, $Z=-3,0$, $p=0,003$). Представляются особенно важными связи показателей некомплайенса с локусом контроля. Зарегистрировано снижение показателей по шкалам локуса контроля («Локус контроля – Я» и «Локус контроля – жизнь») у курящих ($\tau=-0,20$, $Z=-2,0$, $p=0,042$ и $\tau=-0,24$, $Z=-2,4$, $p=0,015$ соответственно), употребляющих алкоголь ($\tau=-0,25$, $Z=-2,6$, $p=0,009$ и $\tau=-0,19$, $Z=-2,0$, $p=0,044$) и пропускающих

- недоверчивость
- несоблюдение социальных норм
- независимость, самодостаточность
- сниженный самоконтроль
- эмоциональная неустойчивость
- экстернальный локус контроля
- неудовлетворенность самореализацией
- отсутствие жизненной перспективы

Личностный портрет недисциплинированного пациента. (схема).

Таблица 4

**Факторный анализ показателей
некомплаенса, личности и возраста**

	Факторная нагрузка	
	фактор 1	фактор 2
Возраст	0,161254	0,639582
Некомплаенс	-0,326910	-0,641320
СЖО общий	0,970742	0,074810
СЖО цели	0,920374	0,103138
СЖО результата	0,929996	0,165351
СЖО "Локус контроля – я"	0,917872	0,031307
Кеттелл фактор E	0,112291	-0,729903
Кеттелл фактор G	0,244241	0,683533
Кеттелл фактор L	-0,100934	-0,236253
Кеттелл фактор Q3	0,308027	0,467887
Доля объясненной дисперсии	0,380701	0,213962

сеансы ГД ($\tau=-0,29$, $Z=-3,0$, $p=0,003$ и $\tau=-0,28$, $Z=-2,9$, $p=0,004$). Таким образом, наличие интернального локуса контроля, уверенность пациента в том, что он в состоянии контролировать свою жизнь и события в его жизни зависит от его собственных усилий, повышает четкость выполнения медицинских рекомендаций. Напротив, экстернальный локус контроля сочетается со всеми показателями некомплаенса. По данным теста смысловых ориентаций, к личностному портрету недисциплинированного пациента добавляются экстернальный локус контроля, неудовлетворенность самореализацией, отсутствие жизненной перспективы (см. схему).

Полученные нами данные свидетельствуют, что нарушения режима не зависят от пола, образования, наличия работы, семьи и социальной поддержки. Также практически отсутствуют значимые корреляции индикаторов некомплаенса с психическим состоянием больных. Группы недисциплинированных и соблюдавших режим не отличались по уровню депрессии, тревоги и астении. Качество жизни больных в этих двух группах также не различалось. Как ни парадоксально, но между этими двумя группами не отмечается различий и по клинко-биохимическим и анамнестическим показателям: КТ/V, уровням альбумина, гемоглобина и эритроцитов, длительности хронического заболевания почек, продолжительности лечения ГД, наличию и длительности артериальной гипертензии, количеству часов ГД в неделю. Единственное исключение составляет уровень диастолического артериального давления до диализа, который существенно выше у несоблюдающих режим.

Был проведен факторный анализ показателей, достоверно связанных с некомплаенсом по результатам корреляционного анализа (табл. 4). В фактор 2 с интегральным показателем недисциплинированности вошли возраст и ряд личностных черт: доми-

нантность, соблюдение социальных норм, самоконтроль. Таким образом, по результатам факторного анализа, склонность к несоблюдению лечебного режима ГД обнаруживается у лиц молодого возраста, властных, отличающихся несоблюдением общепринятых социальных норм и сниженным самоконтролем.

ОБСУЖДЕНИЕ

Имеется значительное расхождение данных различных исследователей относительно частоты невыполнения врачебных рекомендаций диализными больными, что в значительной степени связано с отсутствием общепринятых критериев оценки некомплаенса. Большая междиализная прибавка в весе относится к числу общепризнанных индикаторов несоблюдения режима. Однако количественный эквивалент «большой» междиализной прибавки отличается у разных исследователей. По мнению М. Rahman и соавт. [12], о нарушении потребления жидкости можно говорить, когда прибавка веса в междиализный период превышает 4 кг. В работах 80-х годов этим значением была прибавка в весе в междиализный период свыше 1–2 кг. Аналогично в нашей работе при включении в число недисциплинированных всех больных с междиализной прибавкой в весе свыше 3 кг в группе некомплаенса оказалось свыше половины пациентов. При учете только более строгих критериев (относительной междиализной прибавки более 5,7 % от сухого веса, пропусков и сокращений сеансов ГД чаще одного раза в месяц) к недисциплинированным была отнесена примерно треть больных.

Наше исследование является третьей работой, в которой показано, что курение тесно связано с несоблюдением диализного режима. J.E.Leggat и соавт., N.G.Kutner и соавт. первыми продемонстрировали, что курение является одним из предикторов некомплаенса на ГД [8, 10]. Что касается злоупотребления алкоголем, в доступной литературе нам не встретилось публикаций на эту тему. Результаты нашего исследования свидетельствуют, что курение и чрезмерное употребление алкоголя тесно связаны между собой и со всеми без исключения индикаторами некомплаенса. Курение и употребление алкоголя можно считать показателями невыполнения врачебных рекомендаций в ситуации болезни, расценивать как факт невнимания пациента к своему здоровью и рассматривать в одном ряду с традиционными показателями некомплаенса.

Мнения исследователей относительно влияния возраста на выполнение врачебных рекомендаций диализными пациентами расходятся. Большинство

авторов отмечают, что больные молодого возраста отличаются худшим соблюдением режима ГД [10, 19-21]. N. Safdar и соавт. [4], напротив, указывают, что больные старших возрастных групп хуже соблюдают режим потребления жидкости и диету. А по данным J. Bernardini и соавт. [22] возраст не влияет на соблюдение лечебного режима больными на перитонеальном диализе. Полученные нами данные свидетельствуют, что больные молодого возраста чаще нарушают водно-питьевой режим, пропускают сеансы ГД, сокращают диализное время, более склонны к курению и злоупотреблению алкоголем, чем пациенты старшего возраста. Таким образом, возраст является важным фактором недисциплинированности.

По полученным данным, определенные особенности личности предрасполагают к нарушениям лечебного режима. Личностный портрет недисциплинированного пациента включает несоблюдение социальных норм, независимость, сниженный самоконтроль, эмоциональную неустойчивость, экстернальный локус контроля, неудовлетворенность самореализацией, отсутствие жизненной перспективы. В нашей работе установлена совокупность черт характера, связанных с невыполнением врачебных рекомендаций. Следует отметить, что детальный анализ личностных особенностей недисциплинированных пациентов ранее не проводился. Черты характера не рассматривались в числе потенциальных предикторов некомплайенса. Зарубежные исследователи уделяли внимание лишь связи несоблюдения режима ГД с локусом контроля как характеристикой личности [7, 23]. В нашем исследовании также анализировалась связь некомплайенса с локусом контроля. Продemonстрировано, лица с экстернальным локусом контроля склонны к употреблению алкоголя, курению, пропускам сеансов ГД. Эти результаты согласуются с литературными данными [7, 10, 24]. Пациенты, пропускавшие и укорачивавшие сеансы ГД, сообщали об утрате контроля за своим состоянием здоровья, считали, что перспектива течения заболевания не зависит от их усилий. Индивидуумы с хроническими заболеваниями, ощущающие неспособность влиять на свою жизнь и свое будущее здоровье, зачастую начинают искать альтернативные пути для восстановления контроля за своей жизнью [25]. Некомплайенс – это способ противостоять вторжению заболевания почек и диализа в повседневную жизнь. Таким образом, невыполнение врачебных рекомендаций диализными больными выполняет своего рода защитную функцию – это психологическая защита от стресса и попытка взять под собственный контроль свою жизнь в условиях столь травматичного с пси-

хологический точки зрения лечения. Это проявление свободы выбора в такой неадекватной, с точки зрения эффективности лечения, форме.

Изучением особенностей личности диализных больных мы занимаемся с конца 80-х годов. Тогда было показано, что успешность психической адаптации к лечению ГД (а соблюдение диализного режима является одним из критериев успешности психической адаптации к этому виду терапии) выше у больных подчиняемых, зависимых, склонных прислушиваться к мнению окружающих [26]. Однако в тот период феномен некомплайенса детально не исследовался.

По полученным нами данным, несоблюдение режима ГД не зависит от пола, образования, наличия работы, семьи, социальной поддержки, психического состояния больных, их качества жизни и клинико-биохимических показателей. Литературные данные относительно роли этих факторов в несоблюдении режима противоречивы [3, 4, 8, 10, 22, 24, 27–34].

Таким образом, среди несоблюдающих режим ГД – лица более молодого возраста, соматически достаточно сохранные. Многолетнее нарушение режима пока еще не сказалось негативно на их состоянии здоровья и качестве жизни (невзирая на многолетнее невыполнение медицинских рекомендаций, их клинико-биохимические показатели не хуже, чем у дисциплинированных). Можно сказать, что за счет более молодого возраста они имеют определенный «запас прочности в плане здоровья», что позволяет им не считаться с медицинскими рекомендациями. Эти больные не осознают, что их хорошее соматическое состояние – результат успешного лечения.

Из всего сказанного следует важный с практической точки зрения вывод, что для успешной работы с нарушающими лечебный режим пациентами необходимы совместные усилия разных специалистов: нефрологов, диетологов, психологов, социальных работников. При работе с больным, поступившим на ГД, целесообразно составить представление о личностных особенностях пациента, т.к. именно они являются важнейшим прогностическим фактором нарушений режима. Другой важный вывод состоит в том, что работа с нарушающими режим пациентами чрезвычайно сложна, так как личностные особенности поддаются коррекции с трудом. Тем не менее представляется возможным проводить работу, направленную на улучшение комплайенса. На отделении ГД НИИ нефрологии (директор профессор А.В.Смирнов) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова функционирует школа ГД-пациентов,

основанная на мультидисциплинарном подходе. В работе школы принимают участие нефрологи, диетолог, невролог, врач лечебной физкультуры, кардиолог, специалист по приготовлению и химическому контролю диализирующих растворов, психолог, психотерапевт. Первые результаты свидетельствуют о высокой эффективности школы в плане роста информированности больных, улучшения соблюдения режима, выработки навыков контроля за заболеванием и лечением, формирования конструктивных способов совладания с трудностями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Роль сотрудничества между пациентом и медицинским персоналом отделения ГД в настоящее время оценивается очень высоко. Результативность такого взаимодействия во многом опосредована особенностями личности больного. Феномен некомплайенса тесно с ними связан. Его можно отнести к частично модифицируемым факторам. Трансформация личности – весьма длительный и трудоемкий процесс. Она требует тщательной диагностики и впоследствии углубленной психотерапии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Arici M, Altun B, Usalan C. Compliance in hemodialysis patients. Unanticipated monitoring of biochemical indices. *Blood Purif* 1998; 16: 274-276
2. Curtin RB, Svarstad BL, Andress D et al. Differences in older versus younger hemodialysis patients' noncompliance with oral medications. *Geriatr Nephrol Urol* 1997; 7 (1): 35-44
3. Pang SK, Ip WY, Chang AM. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. *J Adv Nurs* 2001; 35 (5): 691-698
4. Safdar N, Baakza H, Kumar H, Naqvi SA. Non-compliance to diet and fluid restrictions in haemodialysis patients. *J Pakistan Med Assoc* 1995; 45 (11): 293-295
5. Sciarini P, Dungan JM. A holistic protocol for management of fluid volume excess in hemodialysis patients. *ANNA J* 1996; 23: 298-302
6. Vives T, Pujolar N, Junyent E et al. Adherence to treatment and personality in renal failure. *Edtna-Erca J* 1999; 25 (3): 13-14, 18
7. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int* 1998; 54 (1): 245-254
8. Leggat JE Jr, Orzol SM, Hulbert-Shearon TE et al. Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. *Am J Kidney Dis* 1998; 32 (1): 139-145
9. Bleyer AJ, Hylander B, Sudo H. et al. An international study of patient compliance with hemodialysis. *J Am Med Assoc* 1999; 281: 1211-1213
10. Kutner NG, Zhang R, McClellan WM et al. Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17: 93-99
11. Baines LS, Jindal RM. Non-compliance in patients receiving haemodialysis: an in-depth review. *Nephron* 2000; 25 (1): 1-7
12. Rahman M, Fu P, Sehgal AR, Smith MC. Interdialytic weight gain, compliance with dialysis regimen, and age are independent predictors of blood pressure in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2000; 35 (2): 257-266
13. Morduchowicz G, Sulkes J, Aizic S et al. Compliance in hemodialysis patients: a multivariate regression. *Nephron* 1993; 64: 365-368
14. Zung WKK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 1965; (12): 63-70
15. Spielberger CD et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
16. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, 1993: 1-22
17. Cattell RB, Cattell AK, Cattell HE. Sixteen Personality Factor Questionnaire, Fifth edition. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing, 1993
18. Леонтьев ДА. *Тест смысловых ориентаций (СЖО)*. «Смысл», М, 1992:16
19. Avram MR, Pena C, Berrell D et al. Hemodialysis and elderly patients: potential advantages as to quality of life, urea generation, serum creatinine, and less interdialytic weight gain. *Am J Kidney Dis* 1990; 16: 342-345
20. Sherman RA, Cody RP, Matera JJ et al. Deficiencies in delivered hemodialysis therapy due to missed and shortened treatment. *Am J Kidney Dis* 1994; 24: 921-923
21. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL et al. Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1995; 6: 1418-1426
22. Bernardini J, Piraino B. Compliance in CAPD and CCPD patients measured by supply inventories during home visits. *Am J Kidney Dis* 1998; 31: 100-103
23. Bremer BA, Haffly D, Fox RM, Weaver A. Patients' perceived control over their health care: an outcome assessment of their psychological adjustment to renal failure. *Am J Med Qual* 1995; 10 (3): 149-154
24. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2000; 35 [Suppl 1]: S132-S140
25. Taylor SE, Helgeson VS, Reed GM et al. Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *J Soc Issues* 1991; 47: 91-109
26. Васильева ИА. *Психическая адаптация больных с хронической почечной недостаточностью к лечению гемодиализом*. Автореф дисс канд психол наук. СПб., 1992: 1-20
27. Bame SI, Petersen N, Wray NP. Variation in hemodialysis patients compliance according to demographic characteristics. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1035-1043
28. Furr LA. Psycho-social aspects of serious renal disease and dialysis: a review of the literature. *Soc Work Health Care* 1998; 27: 95-99
29. Cummings KM, Becker MH, Kirscht JP et al. Psychosocial factors affecting adherence to medical regimens in a group of hemodialysis patients. *Med Care* 1982; 20: 567-580
30. Friend R, Hatchett L, Schneider MS et al. A comparison of attributions, health beliefs and negative emotions as predictors of fluid adherence in renal dialysis patients: a prospective analysis. *Ann Behav Med* 1998; 19: 344-347
31. Vourlekis BS. *Psychosocial problems in dialysis and transplant: the U.S experience*. Unpublished Thesis, University of Maryland, Baltimore Country 1998
32. Christensen AJ, Smith TW, Turner CW et al. Family support, physical impairment and adherence in hemodialysis: an investigation of main and buffering effects. *J Behavior* 1992; 15: 313-325
33. DeOreo PB. Hemodialysis patient-assessed health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. *Am J Kidney Dis* 1997; 30 (2): 204-212
34. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL et al. Psychologic functioning, quality of life and behavioral compliance in patients beginning hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 1996; 7 (10): 2152-2159

Поступила в редакцию 6.02.2004 г.