

О.М. Місюра

ТИПИ ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПІДЛІТКІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Місюра О.М. Типи відношення до хвороби та якість життя підлітків із первинною артеріальною гіпертензією. Обстежено 12 дівчаток та 33 хлопчика віком 13-17 років із первинною артеріальною гіпертензією. Гармонійний і анозогностичний типи відношення до хвороби у підлітків із первинною АГ асоціювалися із вищими показниками якості життя, незалежно від рівня артеріального тиску.

Деадаптивні типи відношення до хвороби виявлені у третини пацієнтів. У дівчаток при цьому реєструвався тип відношення з інтрапсихічного блоку (тривожний, неврастенічний, меланхолійний), тоді як у хлопчиків виявлявся дифузний і змішаний тип відношення до хвороби з переважанням показників шкал інтерпсихічного блоку (сензитивності, дисфоричності, егоцентричності і паранояльності). Рівень деадаптивних типів достовірно зворотно корелював із показниками якості життя. Це необхідно врахувати при розробці програми психокорекції.

Ключові слова: первинна артеріальна гіпертензія, підлітки, тип відношення до хвороби, якість життя.

Місюра А.Н. Типы отношения к болезни и качество жизни подростков из первичной артериальной гипертензии. Обследовано 12 девочек и 33 мальчика в возрасте 13-17 лет с первичной артериальной гипертензией. Гармонический и анозогностический типы отношения к болезни у подростков с первичной АГ ассоциировались с более высокими показателями качества жизни, независимо от уровня артериального давления.

Деадаптивные типы отношения к болезни обнаружены у трети пациентов. У девочек при этом регистрировался тип отношения с интрапсихического блока (тревожный, неврастенический, меланхолический), тогда как у мальчиков выявлялся диффузный и смешанный тип отношения к болезни с преобладанием показателей шкал интерпсихического блока (сензитивности, дисфоричности, эгоцентричности и паранояльности). Уровень деадаптивных типов достоверно обратно коррелировал с показателями качества жизни. Это необходимо учесть при разработке программы психокоррекции.

Ключевые слова: первичная артериальная гипертензия, подростки, тип отношения к болезни, качество жизни.

Постановка проблеми. Відомо, що первинна артеріальна гіпертензія (АГ) є основною причиною інвалідності та смертності населення України. Тому надзвичайно актуальним залишається вивчення основних факторів, що спричиняють ускладнений перебіг та знижують якість життя пацієнтів. Оскільки первинна АГ відноситься до психосоматичних захворювань значну роль відіграє відношення пацієнта до хвороби та його прихильність до лікування.

Аналіз останніх публікацій. За даними останніх досліджень цільового рівня артеріального тиску (АТ) вдається досягти лише у 40% пацієнтів із первинною АГ [1]. Особливо важливо досягти контролю над АТ у пацієнтів молодого віку [9].

Недостатній контроль АТ, а також ризик ускладнень (повторних інсультів, інфарктів), інвалідності та смертності у пацієнтів із АГ тісно пов'язані із низькою прихильністю до лікування [8]. Доведено, що порушення прихильності до лікування особливо часто відмічається у пацієнтів з неадекватним емоційним реагуванням на хворобу [7]. Вивчення внутрішньої картини хвороби є важливим напрямком для встановлення психосоматичних взаємозв'язків у пацієнтів з АГ [3,4], а отже і для розробки більш ефективних підходів у лікуванні.

За результатами наших попередніх досліджень встановлено, що у підлітків із первинною АГ суттєво знижена якість життя. Доведено, що емоційна нестабільність, експресивність, внутрішня напруга, негативна збудливість, тривожність, схильність до ігрової залежності обумовлюють порушення у них показників якості життя [6].

Формулювання мети і завдань статті. Метою даної роботи було встановити особливості відношення до хвороби та його вплив на якість життя підлітків із первинною АГ. Для досягнення мети було поставлено такі завдання: встановити частоту дезадаптивних типів відношення до хвороби у підлітків із первинною АГ; дослідити їх залежність від ступеня підвищення артеріального тиску; визначити зв'язок між типом відношення до хвороби та показниками якості життя пацієнтів.

Виклад методики і результатів дослідження. Обстежено 45 підлітків (12 дівчаток та 33 хлопчика) віком 13-17 років (в середньому $14,87 \pm 1,30$ років), які поступали на стаціонарне обстеження та лікування у відділення кардіоревматології Дитячої клінічної лікарні №6 м. Києва з приводу змін АТ. Верифікація діагнозу проводилась методом добового моніторингу АТ з використанням моніторів "АВМ-04" ("Meditech", Угорщина). Вимірювання АТ відбувалось за стандартним протоколом кожні 15 хвилин вдень (6.00-22.00) і кожні 30 хв вночі (22.00-6.00). Критерієм не включення в дослідження була вторинна (симптоматична) АГ. Згідно описаних раніше критеріїв [5] у 25 підлітків виявлено стабільну АГ (САГ), у решти лабільну АГ (ЛАГ).

Характер скарг уточнювали за допомогою розробленої нами анкети «Самопочуття та звички». Психологічне дослідження включало оцінку якості життя за допомогою Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36). Визначали такі шкали: Фізичне функціонування (ФФ); Рольове фізичне функціонування (РФ); Тілесний біль (ТБ); Загальне здоров'я (ЗЗ); Життєздатність (ЖЗ); Соціальне функціонування (СФ); Рольове емоційне функціонування (ЕФ); Психічне здоров'я (ПЗ).

Тип відношення до хвороби (ТВХ) визначався за допомогою методики ТОБОЛ [2]. Виявляли такі ТВХ: гармонійний (Г), ергопатичний (Р), анозогнозичний (З), тривожний (Т), іпохондричний (І), неврастенічний (Н), меланхолійний (М), апатичний (А), сензитивний (С), егоцентричний (Я), паранояльний (П), дисфорійний (Д).

Отримані дані обробляли статистично з використанням програми Excel 2010 та SPSS 22.3. Застосували параметричні методи дослідження (розрахунок середньої величини та стандартного відхилення), непараметричні методи (точний критерій Фішера), кореляційний аналіз із розрахунком коефіцієнта кореляції Пірсона. При значенні $P < 0,05$ результати вважали достовірними.

Серед дівчаток із первинною АГ адаптивний, в тому числі гармонійний ТВХ, виявлявся у 8 (66,7%), у решти – тип відношення із інтрапсихічного блоку (тривожний, неврастенічний, меланхолічний). У 21 хлопчика (63,6%) також визначався адаптивний

ТВХ, у 2 (6,1%) – тип відношення із інтрапсихічного блоку дезадаптації, у 10 – з інтерпсихічного блоку дезадаптації (табл.1).

Таблиця 1.

Тип відношення до хвороби	Частота (абс/%) у підлітків із первинною артеріальною гіпертензією		
	Дівчатка (n=12)	Хлопчики (n=33)	Разом (n=45)
Без порушень адаптації	8/66,7	21/63,6	29/64,5
Інтрапсихічна спрямованість дезадаптації	4/33,3	2/6,1	6/13,3
Інтерпсихічна спрямованість дезадаптації	0/0	10/30,3*	10/22,2

Примітка: Зірочкою (*) позначено достовірність відмінності (P<0,05).

Згідно даних, представлених на рис.1, у підлітків із стабільною та лабільною формою захворювання однаково часто (у 20%) відмічався гармонійний тип відношення до хвороби.

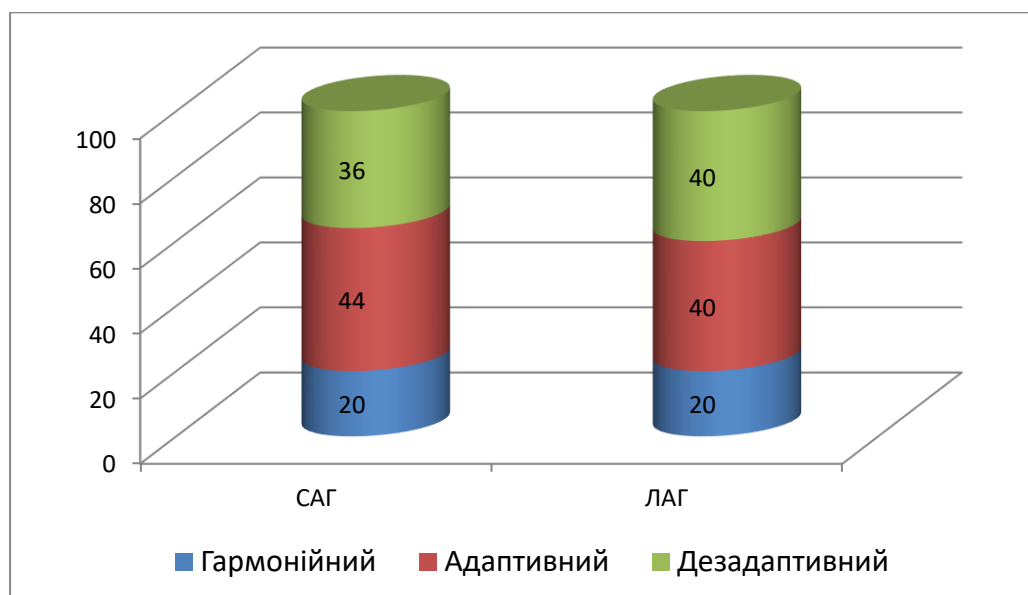


Рис.1. Частота (в %) зустрічання різних типів відношення до хвороби у підлітків із лабільною та стабільною артеріальною гіпертензією

Дещо частіше (але не достовірно) у пацієнтів із САГ зустрічались інші адаптивні ТВХ (анозогнозичний або ергопатичний), тоді як у пацієнтів із лабільною формою АГ частіше відмічались дезадаптивні (тривожний, неврастенічний, сензитивний, змішані та дифузні) ТВХ.

Згідно даних наведених на рис. 2, в середньому ($X \pm SD$) не виявлено достовірних відмінностей значення шкал ТВХ у пацієнтів із САГ і ЛАГ. У пацієнтів із стабільною АГ найвищими були значення за шкалами ергопатичності ($20,6 \pm 11,5$ балів), гармонійності ($16,8 \pm 18,0$ балів), анозогнозичності ($12,6 \pm 16,1$ балів) та сензитивності ($11,3 \pm 5,8$ балів), у пацієнтів із лабільною АГ - ергопатичності ($17,3 \pm 14,6$ балів), анозогнозичності ($16,3 \pm 16,6$ балів), гармонійності ($15,7 \pm 20,9$ балів) та сензитивності ($14,1 \pm 6,2$ балів).

За результатами кореляційного аналізу встановлено, що у підлітків із первинною АГ значення шкал сензитивність та егоцентричність прямо пов'язані із інтенсивністю головного болю (відповідно $r=0,61$; $P<0,05$ та $r=0,67$; $P<0,05$), а іпохондричність – із тяжкістю інсомнії ($r=0,69$; $P<0,01$).

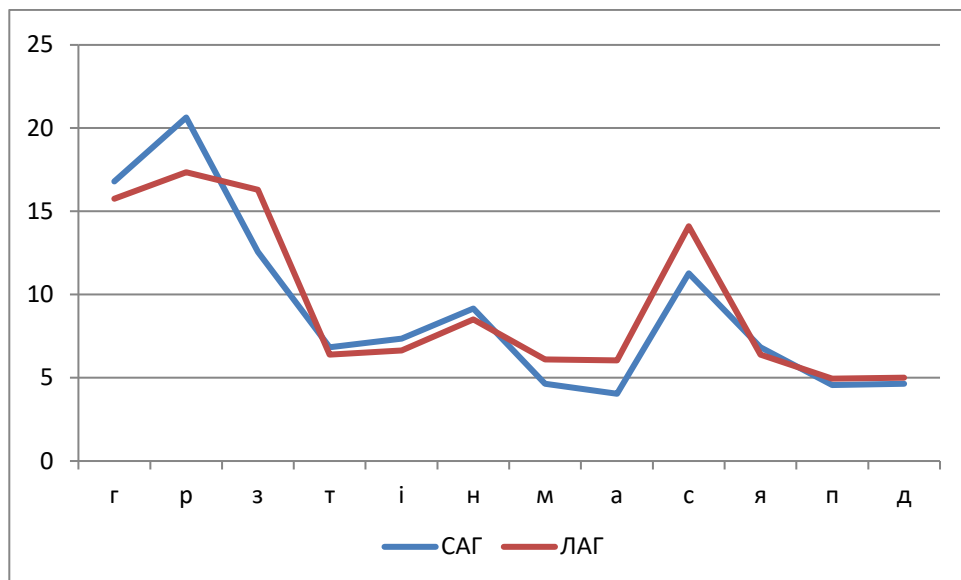


Рис.2. Середні значення шкал тесту відношення до хвороби у підлітків із лабільною та стабільною артеріальною гіпертензією

В таблиці 2 представлено значення коефіцієнту кореляції між показниками шкал тесту якості життя SF-36 та шкал тесту відношення до хвороби у підлітків із первинною АГ.

Гармонійність та анозогнозичність у відношенні до хвороби асоціювались з показниками шкал життєздатності (відповідно $r=0,64$; $P<0,05$ та $r=0,60$; $P<0,05$) та рольового функціонування (відповідно $r=0,55$; $P<0,05$ та $r=0,60$; $P<0,01$) тесту SF-36. Анозогнозичність корелювала із значенням шкал «Рольове емоційне функціонування», «Соціальне функціонування» та «Психічне здоров'я» (відповідно $r=0,53$; $P<0,05$, $r=0,48$; $P<0,05$ та $r=0,56$; $P<0,05$) тесту SF-36. Ергопатичність та гармонійність також були позитивно пов'язані із значенням шкали «Психічне здоров'я» ($r=0,55$; $P<0,05$ та $r=0,51$; $P<0,05$). Рівень рольового фізичного функціонування зворотно корелював із рівнем тривожного ($r=-0,54$; $P<0,05$) та сензитивного ($r=-0,64$; $P<0,01$) відношення до хвороби, загального здоров'я – з неврастенічністю у відношенні до хвороби ($r=-0,57$; $P<0,05$).

Якість життя внаслідок соматичного болю суттєво залежала від гармонійного ставлення до хвороби ($r=0,58$; $P<0,05$); зворотно корелювала із значенням меланхолічності ($r=-0,47$; $P<0,05$), егоцентричності ($r=-0,58$; $P<0,05$), дисфоричності ($r=-0,50$; $P<0,05$). Дисфоричність також зворотно ($r=-0,48$; $P<0,05$) корелювала з рівнем соціального функціонування та життєздатності.

Отже, у більшості підлітків із первинною АГ (66,7% дівчаток та 63,3% хлопчиків) виявлено адаптивний тип ставлення до хвороби. У решти дівчаток реєструвався тип відношення до хвороби із інтрапсихічного блоку (тривожний, неврастенічний, меланхолічний), тоді як практично у кожного третього хлопчика виявлено дифузний та змішаний тип відношення до хвороби із переважанням показників шкал із інтерпсихічного блоку (сензитивності, дисфоричності, егоцентричності та паранояльності).

В загальних профілях ставлення до хвороби виявлено три піки (ергопатичність, неврастенічність та сензитивність). При цьому не відмічено достовірних відмінностей відношення до хвороби у підлітків із лабільною та стабільною формами первинної АГ. Як відомо, на відміну від анозогнозичного (ігнорування хвороби) при ергопатичному типі відношення до хвороби пацієнт усвідомлює наявність хвороби, але намагається жити

звичайним життям і є ризик, що він не буде виконувати рекомендації лікаря. Неврастенічний ТВХ характеризується надмірним роздратуванням при болю, неприємних відчуттях, невдачах лікування, як чистий тип він відмічався лише у однієї дівчинки, але був досить вираженим у пацієнтів із змішаними та дифузними типами. Сензитивний ТВХ асоціюється із переживаннями пацієнта про несприятливе враження, яке може виникати у оточуючих через інформацію про його хворобу.

Значення шкал інтерпсихічного блоку дезадаптації (сензитивності та егоцентричності) асоціювалось із інтенсивністю головного болю. Це вказує на властивість пацієнтів фіксуватись на симптомі, що може зменшувати ефективність лікування.

Таблиця 2.

Коефіцієнт кореляції (r) між значеннями шкал тест SF-36 та значенням типів відношення до хвороби

Тип відношення до хвороби	ФФ	РФ	Біль	ЗЗ	ЖЗ	СФ	ЕФ	ПЗ
Г	-0,05	0,51*	0,58*	0,38	0,64*	0,47	0,45	0,51*
Р	-0,16	0,16	0,11	0,37	-0,44	0,18	0,25	0,55*
З	-0,01	0,55*	0,29	0,17	0,60*	0,48*	0,53*	0,56*
Т	0,26	-0,54*	-0,18	-0,10	-0,42	0,01	-0,45	-0,28
І	-0,04	-0,27	-0,39	-0,40	-0,32	-0,19	-0,26	-0,44
Н	-0,15	-0,41	-0,37	-0,57*	-0,41	-0,38	-0,39	-0,41
М	-0,02	-0,41	-0,47*	-0,37	-0,32	-0,42	-0,31	-0,27
А	-0,07	-0,36	-0,43	-0,26	-0,31	-0,45	-0,22	-0,44
С	-0,01	-0,64**	-0,39	-0,14	-0,19	-0,18	-0,26	-0,26
Я	-0,16	-0,40	-0,58*	-0,34	-0,40	-0,21	-0,11	-0,26
П	0,19	-0,39	-0,37	-0,24	-0,17	-0,19	-0,34	-0,33
Д	-0,18	-0,22	-0,50*	-0,30	-0,48*	-0,48*	-0,29	-0,33

Примітка: Зірочками * та ** позначено достовірність кореляційного зв'язку (відповідно $P < 0,05$ та $P < 0,01$).

Показники якості життя (рольове функціонування, життєздатність) у підлітків із первинною АГ достовірно корелювали із рівнем адаптивних шкал ТВХ (гармонійністю, анозогнозичністю). З рівнем анозогнозичності також був прямо пов'язаний рівень рольового емоційного функціонування, соціального функціонування та психічного здоров'я. Ергопатичність та гармонійність були позитивно пов'язані із значенням психічного здоров'я.

Натомість, зниження якості життя внаслідок хронічного соматичного болю було пов'язано із інтерпсихічними (егоцентричністю та дисфоричністю) та інтрапсихічними (меланхолічністю) шкалами тесту відношення до хвороби. Тривожність та сенситивність у відношенні до хвороби асоціювалось із зниженням рівня рольового фізичного функціонування; неврастенічність – із зменшенням рівня загального здоров'я, а дисфоричність – рівня соціального функціонування та життєздатності. Отримані нами дані узгоджується із результатами дослідження інших авторів. Зокрема, доведено, що незалежно від ступеня вираженості АГ, дисгармонійний тип відношення до хвороби асоціюється із зниженою нервово-психічною адаптацією [3].

Висновки і перспективи подальших досліджень. Таким чином, гармонійний і анозогностичний типи відношення до хвороби більш адаптивні і дозволяють краще пристосуватись до соціальних умов, асоціюються підлітків із первинною АГ із вищими показниками якості життя, незалежно від рівня артеріального тиску.

Деадаптивні типи відношення до хвороби зворотно пов'язані із показниками шкал якості життя, що вказує на необхідність це врахувати при розробці програми психокорекції.

Список використаних джерел

1. Барна О.М., Лапшин О.В. Труднощі в лікуванні артеріальної гіпертензії: які питання може вирішити лерканідипін? *Ліки України*. 2012. Т. 164. №8. С. 28–32.
2. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ): пособие для врачей. СПб.: Изд-во НИПИ им. В. М. Бехтерева, 2002.— 31 с.
3. Глазырина Т.М., Порожников П. А., Ятманов А. Н. Влияние отношения к болезни и уровня артериального давления на уровень нервно-психической адаптации у мужчин призывного возраста. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2017. №1. С. 62–65.
4. Григорьева И. В., Евсеенко В. В., Григорьев В. И., Игумнов С. А. Особенности внутренней картины болезни пациентов с артериальной гипертензией. *Проблемы здоровья и экологии*. 2011. №3. С. 61–65.
5. Майданник В.Г., Хайтович М.В., Глебова Л.П. та ін. Діагностика та лікування артеріальної гіпертензії у дітей та підлітків: методичні рекомендації. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології*. 2014. № 6(1). С. 109–127.
6. Мисюра А. Н., Хайтович Н. В. Личностные факторы, снижающие качество жизни подростков с первичной артериальной гипертензией. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2018. №9. С. 170–176.
7. Фирсова Л. Д. Психологические реакции на болезнь и приверженность лечению. *Терапевтическая гастроэнтерология*. 2013. №8. С. 41–44.
8. Ajayi D.T., Adedokun B. O., Owoloye D. O., Akpa O. M. Treatment Satisfaction and Medication Adherence Among Hypertensive Patients Seeking Care in Selected Hospitals in Ibadan, Nigeria. *Arch Basic Appl Med*. 2018. №6. P. 67–72.
9. Johnson H. M., Warner R. S., Bartels C. M., LaMantia J. N. "They're younger... it's harder." Primary providers' perspectives on hypertension management in young adults: a multicenter qualitative study. *BMC Res Notes*. 2017. №10. P. 9.

References transliterated

1. Barna O.M., Lapshyn O.V. Trudnoshchi v likuvanni arterialnoi hipertenzii: yaki pytannia mozhe vyrishyty lerkanidylin? *Liky Ukrainy*. 2012. T. 164. №8. S. 28–32.
2. Vasserman L. Y., Yovlev B. V., Karpova E. B., Vuks A. Ya. Usovershenstvovannaia metodyka dlia psykhologicheskoi dyagnostyky otnosheniya k bolezny (TOBOL): posobyе dlia vrachei. SPb.: Yzd-vo NYPY ym. V. M. Bekhtereva, 2002.— 31 с.
3. .Glazyryna T.M., Porozhnykov P. A., Yatmanov A. N. Vlyaniye otnosheniya k bolezny u urovnia arteryalnogo davleniya na uroven nervno-psykhycheskoi adaptatsyy u muzhchyn pryzyvnoho vozrasta. *Medyko-byolohycheskye y sotsyalno-psykhologhycheskye problemy bezopasnosti y chrezvychainykh sytuatsiyakh*. 2017. №1. S. 62–65.
4. Hryhoreva Y. V., Evseenko V. V., Hryhorev V. Y., Yhumnov S. A. Osobennosti vnutrennei kartyny bolezny patsyentov s arteryalnoi hipertenzyyei. *Problemy zdorovia y ekolohyy*. 2011. №3. S. 61–65.

5. Maidannyk V.H., Khaitovych M.V., Hlebova L.P. ta in. Diahnostyka ta likuvannia arterialnoi hipertenzii u ditei ta pidlitkiv: metodychni rekomendatsii. *Mezhdunarodnyi zhurnal pedyatryi, akusherstva y hynekolohyy*. 2014. № 6(1). S. 109–127.
6. Mysiura A. M., Khaitovych M. V. Lychnostnye faktory, snyzhaiushchye kachestvo zhyzny podrostkov s pervychnoi arteryalnoi hipertenzyei. *Psykhyyatryia, psykhoterapyya y klynycheskaia psykhologyya*. 2018. №9. S. 170–176.
7. Fyrsova L. D. Psykholohycheskye reaktsyy na bolezni y pryverzhennost lecheniyu. *Terapevtycheskaia hastroenterolohyya*. 2013. №8. S. 41–44.
8. Ajayi D.T., Adedokun B. O., Owoeye D. O., Akpa O. M. Treatment Satisfaction and Medication Adherence Among Hypertensive Patients Seeking Care in Selected Hospitals in Ibadan, Nigeria. *Arch Basic Appl Med*. 2018. №6. P. 67–72.
9. Johnson H. M., Warner R. S., Bartels C. M., LaMantia J. N. "They're younger... it's harder." Primary providers' perspectives on hypertension management in young adults: a multicenter qualitative study. *BMC Res Notes*. 2017. №10. P. 9.

Misiura O.M. Internal picture of disease and the quality of life in adolescents with essential arterial hypertension. The aim of this work was to establish the characteristics of the attitude to the disease and its impact on the quality of life of adolescents with essential hypertension. 45 adolescents (12 girls and 33 boys) aged 13-17 years (average 14.87 ± 1.30 years) were examined. In 25 adolescents, stable AH was detected, the rest had variable AH. Quality of life was assessed using SF-36, the attitude to the disease with the TOBOL method.

66.7% of girls and 63.3% of boys showed an adaptive type of attitude towards the disease. The remaining girls recorded the type of relationship with the intrapsychic block (anxious, neurasthenic, melancholic), while almost every third boy showed a diffuse and mixed type of attitude to the disease with a predominance of the scales of the interpsychic block (sensitivity, dysphoricity, egocentricity and paranoia). Anosognosia correlated with the values of the scales "Role-based emotional functioning", "Social functioning" and "Mental health" (respectively $r = 0.53$; $P < 0.05$, $r = 0.48$; $P < 0.05$ and $r = 0.56$; $P < 0.05$) test SF-36. Ergopathics and harmoniousness were also associated with the Mental Health scale ($r = 0.55$; $P < 0.05$ and $r = 0.51$; $P < 0.05$). The level of role-based physical functioning inversely correlated with the level of anxiety ($r = -0.54$, $P < 0.05$) and sensitive ($r = -0.64$, $P < 0.01$), and general health with a neurotic type of attitude towards the disease ($r = -0.57$, $P < 0.05$). Dysphoria inversely ($r = -0.48$, $P < 0.05$) correlated with the level of social functioning and vitality.

Thus, Harmoniousness and anosognosia types of attitude toward the disease are associated with more higher quality of life for adolescents with essential hypertension, regardless of blood pressure. Disadaptive types of attitude towards the disease are inversely related to indicators of quality of life, which must be taken into account when developing a psychocorrection program.

Key words: essential hypertension, adolescents, the types of attitude towards disease, quality of life.