


[https://doi.org/10.32405/2522-9931-2021-18\(47\)-147-161](https://doi.org/10.32405/2522-9931-2021-18(47)-147-161)

УДК 159.9.07:364-786

Шеленкова Наталія Леонідівна,
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології
Уманський державний педагогічний університет
імені Павла Тичини.
Умань, Україна.

 <https://orcid.org/0000-0002-6488-9078>
Shelenkova_nata@ukr.net

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Анотація. За останні десятиріччя було досягнуто значного прогресу у вивченні механізмів розвитку й діагностики лікування багатьох захворювань. Однак ці досягнення не повною мірою реалізуються в клінічній практиці, що не завжди дозволяє досягнути бажаної ефективності. Досить часто визначальною як в лікувальному, так і в реабілітаційному процесі є прихильність пацієнта до лікування. Вирішальною складовою, що дозволяє досягнути високого рівня прихильності, є ефективна взаємодія лікаря з пацієнтом. Високий рівень прихильності достовірно позитивно впливає на більшість показників. Прихильність до лікування визначено як ступінь дотримання медичних рекомендацій щодо зміни способу життя, регулярне відвідування лікаря та прийом призначених лікарських препаратів і процедур. У роботі здійснено теоретичний аналіз проблеми прихильності до лікування, зокрема у процесі реабілітації, а також проблеми неприхильності до лікування та її основних причин (соціально-економічні, медичні та індивідуальні). І, відповідно, складові неприхильності, що пов'язані з роллю пацієнта: активне рішення пацієнта припинити лікування або змінити схему в зв'язку з покращенням стану; відмова від лікування у зв'язку з розчаруванням від очікуваного ефекту або погіршенням стану, або у зв'язку з інформацією (почутою, побаченою) про побічні ефекти. Розглянуто поняття «комплаєнс» та чинники, що на нього впливають. Представлено значущі фактори превентивної діагностики прихильності до лікування, визначено стійкі й динамічні особливості особистості (нейротизм, екстраверсія, схильність до погодження, сумлінність, відкритість досвіду, локус контролю), поточний емоційний стан та інтелектуально-мотиваційну готовність до активної участі у

реабілітаційному процесі. Розглянуто перелік з практики використання спеціальних шкал і опитувальників, які мають бути застосовані для визначення прихильності до лікування у реабілітаційному процесі.

Ключові слова: прихильність до лікування; комплаєнс; психодіагностика; неприхильність до лікування; фактори впливу на прихильність до лікування; реабілітаційний процес.

ВСТУП / INTRODUCTION

Постановка проблеми. На сьогодні визначено велику кількість різноманітних факторів, які можуть впливати на прихильність хворих до лікування. Нині виявлено близько 250 факторів, які тим чи іншим чином формують ставлення хворих до дотримання призначеної терапії. Як правило, прихильність відображає складні взаємозв'язки між різними факторами, які можуть суттєво змінюватися в динаміці захворювання.

Проблема прихильності до лікування полягає в тому, що низький рівень прихильності може знівелювати як високу якість, так і правильну схему лікування. Прихильність до лікування – це готовність пацієнта жорстко дотримуватися вказівок лікаря щодо модифікації способу життя, рекомендацій щодо тривалості обов'язкового регулярного прийому ліків та самоконтролю їх ефективності [1]. Високий рівень прихильності можливий лише за умови, коли пацієнт розуміє сутність захворювання, має повну довіру до лікаря та є активним й повноправним учасником лікувального процесу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Не зважаючи на те, що дві тисячі років тому Гіппократ звертав увагу лікарів на «брехню пацієнтів в прийманні ліків», наукове вивчення цієї проблеми розпочалось відносно нещодавно. У 1974 році в міжнародному медичному бібліографічному довіднику Index Medicus поняття «patient dropout» (пацієнт, що вибув з випробування лікарських препаратів) і, включення категорії непогодження з лікуванням в DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Керівництво по діагностиці і статистиці психічних розладів), обумовили науковий інтерес до цієї проблеми [2].

У теперішній час ця наукова проблема широко висвітлюється в зарубіжній літературі.

МЕТА ТА ЗАВДАННЯ / AIM AND TASKS

Мета статті полягає у теоретичному огляді проблеми використання психодіагностичного інструментарію для діагностики прихильності до лікування хворих у процесі реабілітації.

Відповідно до зазначеної мети у статті поставлено такі **завдання**: здійснити теоретичний аналіз проблеми прихильності до лікування, зокрема у процесі реабілітації; розглянути данні щодо психометричних характеристик основних діагностичних інструментів, які можуть бути використані для діагностики стійких і динамічних особливостей особистості, психоемоційного стану та інтелектуально-мотиваційної готовності до лікування та участі у реабілітаційному процесі.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ / THE THEORETICAL BACKGROUNDS

На сьогодні існує паралельне використання декількох близьких за значенням понять: «compliance» (комплаєнс, згода), «concordance» (згода з лікуванням), «adherence to therapy» (прихильність до терапії, дотримання вказівок лікаря), «persistence» (постійність), «drug holidays» (відпочинок від ліків).

Як зазначається у фармацевтичній енциклопедії [3], де представлено понад 4 тис. статей, комплаєнс – готовність пацієнта виконувати рекомендації лікаря або провізора, його сумлінність й схильність до лікування. Особливого значення на практиці комплаєнс набуває при проведенні відповідального самолікування, де розглядається як один із найважливіших чинників, які визначають загальну ефективність фармакотерапії. На комплаєнс, або, як заведено ще говорити, комплаєнтність пацієнта, можуть впливати такі чинники:

- а) вік, рівень освіти і емоційний стан;
- б) частота дозування ЛП (зазвичай співвідношення «частота прийому/сумлінність» має чітку обернену залежність – чим частіше прийом, тим нижча сумлінність пацієнта);
- в) кількість таблеток на добу (велика кількість таблеток препарату не лише незручна для пацієнта, а й може похитнути його довіру і до препарату, і до лікаря, навіть стати причиною відмови від лікування);
- г) лікарська форма препарату (нерідко нею не можна приховати неприємний смак препарату або вона незручна для застосування);
- д) швидкість настання очікуваного лікувального ефекту;
- е) обмеження при застосуванні препарату (наприклад, неможливість керувати автомобілем, вживати певну їжу тощо);
- ж) побічні ефекти лікування (часто пацієнти відмовляються від призначених їм препаратів через неприємні відчуття, запор, нудоту тощо);
- з) повнота і доступність інформації про препарат;
- і) ціна препарату і вартість усього курсу лікування [3].

Однією з важливих проблем в цій галузі є низька прихильність пацієнтів до лікування, що призводить до недостатнього контролю над захворюванням і тяжких наслідків. У даний час термін «прихильність до лікування» в медичній практиці має кілька схожих визначень: «міра дотримання пацієнтом рекомендованого йому лікування»; «міра, до якої поведінка пацієнта (прийом лікарських препаратів і модифікація способу життя) відповідає призначеним медичним рекомендаціям». Прихильність до лікування вважається незадовільною, коли пацієнт приймає менше 80% або більше 120% запропонованих на тривалий період доз медикаменту [4].

На даний час дослідники визначають біля 250 різних параметрів, що співвідносяться з прихильністю хворого до лікування [5], [6].

Сучасні дослідники виділяють чотири основні групи факторів, що впливають на прихильність до лікування:

- фактори, що пов'язані з терапією (частота прийому, кількість препаратів, побічні ефекти);
- фактори, що пов'язані з хворим, його особистістю і хворобою (відношення до хвороби, особливості та тяжкість хвороби);
- фактори, що пов'язані із взаємодією лікар-пацієнт;
- соціально-економічні фактори (доступність ліків, професійна діяльність, оточення) [7].

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ / RESEARCH METHODS

Для вирішення поставленої мети використано теоретичні методи наукового дослідження: метод теоретичного аналізу (дослідження філософської і психолого-педагогічної літератури) та метод аналізу продуктів діяльності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ / RESEARCH RESULTS

У розгляді даної проблеми аналізуються особливості поведінки хворого у співвідношенні всього спектру медичних призначень: правильності прийому лікарських засобів, точності виконання процедур, дотримання дієти, обмеження шкідливих звичок, формування здорового способу життя. При цьому і моделі поведінки можуть бути різні: відмова від лікування, нерегулярне приймання, зміна, перерозподіл дози ліків або процедур, приймання не призначених засобів тощо. Це обумовлює те, що прогноз поведінкових реакцій хворого є дуже важливим на етапі реабілітації на відміну від гострого періоду захворювання, коли лікування здійснюється медичним персоналом.

У цілому, прихильність до лікування оцінюється *post factum* на основі самозвіту пацієнта або ж прямим підрахунком прийнятих засобів і виконаних процедур [8].

У строго спланованих клінічних дослідженнях використовуються:

- визначення рівня ліків або їх метаболітів в біологічних рідинах;
- електронний моніторинг частоти відкриття ємності з ліками (за допомогою мікропроцесора, який вмонтований в кришку);
- підрахунок кількості «невикористаних» таблеток;
- оцінка частоти звернень хворого до лікаря з метою продовження рецепту на лікарські засоби [9].

Представляємо перелік з практики використання спеціальних шкал і опитувальників, які можуть бути застосовані для певних категорій хворих [2]:

- шкала оцінки медикаментозного комплаєнса;
- опитувальник для визначення прихильності до лікування пацієнтів з гіпертонічною хворобою;
- опитувальник депресивності Бека;
- госпітальна шкала тривожності і депресії (The Hospital Anxiety and Depression scale);
- шкала Цунга для самооцінки тривоги;
- шкала Цунга для самооцінки депресії;
- шкала тривоги Гамільтона;
- шкала реактивної (ситуативної) і особистісної тривожності Ч. Спілбергера;
- опитувальник психопатологічної симптоматики SCL-90-R.

Звісно, запропоновані методи мають певні недоліки, а саме: висока соціальна бажаність у випадках самозвіту пацієнта; висока вартість, труднощі виконання, недостатня надійність при об'єктивізації підрахунків.

Так як процес медичної реабілітації передбачає тривалість у часі, то особливого значення набуває превентивна діагностика прихильності до лікування, адже при хронічному перебігу хвороби відбувається зниження адаптаційних можливостей, мотиваційних ресурсів.

У цей період відбувається звикання до нової соціальної ситуації, і, як наслідок, прихильність до лікування знижується.

Причини неприхильності до лікування досить різноманітні. Усі вони мають бути об'єднані у 3 групи: соціально-економічні, медичні та індивідуальні. Кожна з них має кілька ключових складових. Серед соціально-економічних це низький рівень заробітної плати, пенсії, висока вартість ліків, що не компенсується соціальною підтримкою. Медичні причини неприхильності пов'язані в основному з діяльністю лікаря та

медичної сестри. Лікар не зміг переконливо проінформувати пацієнта щодо сутності захворювання, його ролі в погіршенні загального здоров'я, зниженні якості життя, вірогідної інвалідизації, смерті. Лікар не звернув увагу пацієнта на важливість тривалого регулярного прийому ліків. Недостатньо переконливо вказав, що саме виконання рекомендацій щодо лікування здатне попереджувати загострення, зменшити кількість і тривалість госпіталізації пов'язаних з вказаними загостреннями, зменшити економічні витрати, пов'язані з закупівлею ліків.

Серед складових неприхильності, що пов'язані з роллю пацієнта, слід виділити: 1) активне рішення пацієнта припинити лікування або змінити схему в зв'язку з покращенням стану; 2) відмова від лікування у зв'язку з розчаруванням від очікуваного ефекту або погіршення стану, або у зв'язку з інформацією (почутою, побаченою) про побічні ефекти.

Прихильність до лікування пов'язана перш за все з особливостями особистості хворого з хронічною патологією, до них відносяться:

- статичні і динамічні характеристики особистості;
- психоемоційний стан;
- інтелектуально-мотиваційна готовність до активної участі у реабілітаційному процесі.

Як найстійкіші характеристики особистості, можна виділити:

- нейротизм – негативна емоційність, низька стресостійкість, тривожні очікування і песимістичний настрій у відношенні прогнозів і перспектив одужання;
- екстраверсія – орієнтованість у своїх проявах на зовнішній світ, на оточуючих, комунікабельність, активність, оптимістичність і дружелюбність, що дає можливість встановити стійку терапевтичну комунікацію;
- схильність до погодження – дружелюбність, неконфліктна поведінка, конформність, що проявляється довірою і сприйняттям авторитету лікаря;
- сумлінність – свідомий контроль зі сторони хворого за своєю поведінкою і діяльністю, дисциплінованість, відповідальність, точність щодо виконання плану реабілітаційного процесу;
- відкритість досвіду – сприйнятливність нових знань і шляхів вирішення проблем, здатність дослідним шляхом встановлювати ефективність використовуваних реабілітаційних методик щодо особистого відновлення.

Описані вище особливості особистості хворого найбільш повно можна дослідити за допомогою п'ятифакторного особистісного опитувальника.

П'ятифакторний особистісний опитувальник, більш відомий як «Велика п'ятірка» («Big Five»), розроблений американськими психологами R. McCrae й P. Costa у 1983–1985 рр. У подальшому опитувальник

удосконалювався й в остаточному вигляді у 1992 р. представлений тестом NEO P1 (абревіатура від англійського словосполучення: «Нейротизм, екстраверсія, відкритість – особистісний опитувальник»). На думку R. McCrae й P. Costa, виділених на основі факторного аналізу п'яти незалежних змінних (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співпраця, сумлінність) цілком достатньо для адекватного опису психологічного портрету особистості. П'ятифакторний тест-опитувальник являє собою набір з 75 парних, протилежних за своїм значенням висловлювань, що характеризують поведінку людини. Стимульний матеріал має п'ятиступеневу оціночну шкалу Лайкерта (-2; -1; 0; 1; 2), за допомогою якої можна вимірювати ступінь вираженості кожного з п'яти факторів (екстраверсія – інтроверсія; прихильність – відособленість; самоконтроль – імпульсивність; емоційна нестійкість – емоційна стійкість; експресивність – практичність) [10].

До динамічних, які піддаються як медикаментозній, так і не медикаментозній корекції характеристик особистості відносять: іпохондричність, депресивність, демонстративність, асоціальність, ригідність, тривожність, шизоїдність, гіпоманіакальність [11].

Для визначення вищезазначених характеристик особистості використовують такі психодіагностичні інструменти, як різні варіанти Міннесотського багатофакторного особистісного опитувальника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) в адаптації Л. Собчак [12]. Також використовується більш ергономічний варіант методики – скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості (скорочений варіант MMPI), адаптований Е. Епанчинцевою [13].

Вплив на лікувально-реабілітаційний процес, окрім особистісних характеристик, також здійснює поточний психоемоційний стан пацієнтів. На формування мотиваційної готовності хворого до свідомого включення в процес одужання впливають такі прояви поточного дистресу, як соматизація, obsesивна компульсивність, міжособистісна сензитивність, депресія, тривога, ворожість, фобічна тривожність, психотизм.

На відміну від монополярних шкал, опитувальник оцінки прояву психопатологічної симптоматики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised; Derogatis, Lipman, Covi, 1973) дає можливість поліфакторної діагностики поточного психоемоційного стану і визначення тяжкості дистресу. Опитувальник призначений для оцінювання патернів психологічних проявів у психіатричних пацієнтів і здорових людей. Першу версію опитувальника було розроблено на основі клінічної практики та психометричного аналізу, потім було модифіковано й валідизовано у

теперішньому варіанті. Російськомовну версію було адаптовано й успішно використано на різних вибірках, зокрема здорових людях, Н. Тарабриною (2007), а також в інших дослідженнях (Мкртчян, 2012).

Визначення інтелектуально-мотиваційної готовності до участі в реабілітаційному процесі також є важливою складовою діагностичної роботи психолога. У реабілітаційному процесі є важливою оцінка здатності пацієнта до конструктивної взаємодії з лікарем, як необхідна умова ефективного включення, поряд з оцінкою рівня збереженості вищих психічних функцій (вивчення загального інтелекту, уваги і концентрації, пам'яті, вольових функцій, здатності до навчання). Ця здатність може бути визначена під час клінічної бесіди з психологом, що визначає такі комплексні психологічні феномени, як локус контролю і стиль інтерпретації подій, а також мотиваційної готовності до одужання.

Локус контролю – це якість, що характеризує схильність людини приписувати відповідальність за результати своєї діяльності зовнішнім силам (екстернальний, зовнішній локус контролю) або власним здібностям та зусиллям (інтернальний, внутрішній локус контролю) [14]. Локус контролю є стійкою властивістю індивіда, що формується в процесі його соціалізації.

Люди, як відомо, помітно відрізняються тим, кому вони схильні приписувати відповідальність за власні дії. Схильність людини приписувати відповідальність за результати своєї діяльності зовнішнім обставинам або ж, навпаки, власним зусиллям і здібностям психологи називають локалізацією контролю або локусом контролю.

Існує два крайніх типи локус-контролю:

- інтернальний (людина вважає, що події, які відбуваються з нею насамперед залежать від таких її особистих якостей, як компетентність, цілеспрямованість, рівень здібностей, і є закономірним результатом її власної діяльності);
- екстернальний (людина переконана, що її успіхи і невдачі є результатом зовнішніх сил, таких як везіння, випадковість, тиск оточення).

Психологами встановлено, що приналежність людини до того або іншого типу локалізації контролю впливає на різноманітні характеристики її психіки та поведінки. Характерними рисами інтерналів є емоційна стабільність, моральна нормативність, довірливість, багата уява, сердечність, витонченість, товариськість і велика сила волі. Для пацієнтів з інтернальним (внутрішнім) локусом контролю характерні прийняття відповідальності на себе, високий рівень саморегуляції, що дозволяє блокувати вплив травмуючих подій на психіку, здатність передбачати

віддалені наслідки, здатність до активного перетворення негативних ситуацій у напряму особистісного росту. Такі пацієнти здатні встановлювати прямий причинно-наслідковий зв'язок між власною активністю і результатами реабілітаційного процесу.

Схильність до зовнішньої локалізації контролю у екстерналів пов'язана з такими особистісними рисами, як безвідповідальність, невпевненість у своїх здібностях, прагнення знову і знову відкладати здійснення своїх намірів. У цілому їм більше властиві підозрілість, тривожність, депресивність, агресивність, конформізм, догматизм, авторитарність, безпринципність, цинізм, схильність до обману. Стан безпомічності, який виникає в подібних випадках у пацієнтів, робить неможливим встановлення причинно-наслідкового зв'язку між власним внеском у процес реабілітації й перспективою одужання.

Стиль інтерпретації подій (атрибутивний стиль), який притаманний пацієнту, створює емоційний фон для встановлення порушених функцій. Песимістичне ставлення змушує людину перебільшено сприймати погане і зводити до мінімуму хороше, приписувати невдачам стійкість і глобальність, що у підсумку негативно відображається на фізичному стані. І навпаки, оптимістичний стиль позитивно впливає на здоров'я [2]. Інструментальна діагностика атрибутивного стилю можлива також за допомогою наступних методик: тест на оптимізм [15], тест диспозиційного оптимізму [16].

Дослідження мотиваційної готовності до одужання також є важливим завданням превентивної психологічної діагностики. Кожному клінічному психологу відомо, що вторинна вигода від хвороби, що проявляється в неусвідомленій можливості отримання різноманітних «бонусів» від знаходження в позиції хворого, має бути обов'язково врахована. На даний час найбільш об'єктивним вважається колірний тест відносин. Методичною основою цього тесту є колірно-асоціативний експеримент. Він базується на припущенні про те, що характеристики невербальних компонентів ставлення до значимих інших і до самого себе віддзеркалюється в колірних асоціаціях щодо них. КТВ як метод вивчення відносин, застосовується у роботі з дітьми, починаючи з 4,5–5 років. Метою тесту є вивчення емоційних компонентів ставлення до значимих людині людей і відображає як свідомий, так і частково неусвідомлюваний рівні [17].

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ / CONCLUSIONS AND PROSPECTS FOR FURTHER RESEARCH

Оцінювання рівня прихильності до призначеного лікування хворих має проводитися на кожному етапі надання медичного впливу за допомогою методів дослідження із доведеною ефективністю.

Отже, для з'ясування ступеня готовності пацієнта до конструктивного включення в реабілітаційний процес необхідне проведення як нейропсихологічного дослідження, що направлене на дослідження вищих психічних функцій, так і формального стандартного тестування і клінічної бесіди з психологом.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому доцільним буде розширити спектр досліджуваних факторів, які можуть суттєво впливати на рівень прихильності до призначеного лікування, та розробити заходи щодо підвищення рівня прихильності до лікування хворих. Частково це можливе завдяки розробленню та впровадженню спеціальних навчальних програм для лікарів з метою визначення у пацієнтів психологічних факторів, які можуть суттєво впливати на рівень прихильності, для своєчасного їх коригування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ / REFERENCES (TRANSLATED AND TRANSLITERATED)


- [1] А. Л. Хохлов, «Комплаенс как клинико-экономическая проблема лечения больных бронхиальной астмой», *Новости здравоохранения*, № 1, с. 17–19, 2005.
- [2] А. В. Котельникова, А. А. Кукшина, «Психодиагностические аспекты приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации», *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*, Т. 93, № 3, с. 4–9, 2016.
- [3] В. П. Черних та ін. *Фармацевтична енциклопедія*. Київ, Україна: МОРІОН, 2016, 1952 с.
- [4] С. С. Солдатченко, С. Г. Донич, И. П. Игнатонис, «Приверженность к лечению больных бронхиальной астмой: современное состояние вопроса», *Украинский пульмонологический журнал*, № 2, с. 35–38, 2008.
- [5] E. Phillips, *Patient compliance*. Bern: H. Huber, 1988, 361 p.
- [6] Т. Ю. Гречко, «Факторы, влияющие на комплаенс в современных условиях психиатрии (обзор литературы)», *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*, № 35, с. 72–75, 2009.

- [7] М. А. Вагина, Л. И. Волкова, «Факторы, влияющие на комплаентность к терапии антиконвульсантами при эпилепсии (обзор литературы)», *Вестник уральской медицинской академической науки*, Т. 2(48), с. 166–169, 2014.
- [8] Е. В. Суркова, О. Г. Мельникова, «Приверженность медикаментозному лечению при сахарном диабете 2-го типа: результаты анкетирования больных», *Сахарный диабет: диагностика, контроль и лечение*, № 1, с. 48–50, 2009.
- [9] Д. С. Данилов, «Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации», *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, № 2, с. 4–12, 2014.
- [10] R. R. McCrae, P. T. Costa, «Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers», *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), pp.81–90, 1987. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.81>
- [11] В. И. Козловский, О. В. Антонышева, «Тревожные, депрессивные, когнитивные расстройства у больных артериальной гипертензией в ранний период после гипертонического криза», *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, № 9(6 прил. 1), с. 154–155, 2010.
- [12] Л. Н. Собчик, СМЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Санкт-Петербург, Россия: Речь, 2004, 224 с.
- [13] Е. М. Епанчинцева, В. Я. Семке, Н. П. Гарганеева, В. П. Зайцев, «Вариант психологического теста Mini-Mult», *Психологический журнал*, № 2(3), с. 118–123, 1981.
- [14] Е. Г. Ксенофонтова. «Исследование локализации контроля личности – новая версия методики "Уровень субъективного контроля"», *Психологический журнал*, № 20(2), с. 103–114, 1999.
- [15] Л. М. Рудина, *Тест на оптимизм. Метод определения атрибутивных стилей: метод. пособие*. Москва, Россия: Наука, 2002, 24 с.
- [16] Т. О. Гордеева, О. А. Сычев, Е. Н. Осин, «Разработка русскоязычной версии теста диспозиционного оптимизма (LOT)», *Психологическая диагностика*, № 2, с. 36–64, 2010.
- [17] Е. Ф. Бажин, А. М. Эткинд, Цветовой тест отношений (ЦТО): метод. рек. Ленинград, Россия: Ленинград. науч.-исслед. психоневр. ин-т им. В. М. Бехтерева, 1985, 20 с.

THEORETIC ANALYSIS OF THE PROBLEM OF TREATMENT ADHERENCE PSYCHODIAGNOSTICS IN THE REHABILITATION

Nataliia Shelenkova,

Ph.D. in Psychology, Associate Professor,
Associate Professor of Psychology Chair
Pavlo Tychyna Uman State Pedagogical University.
Uman, Ukraine.


 <https://orcid.org/0000-0002-6488-9078>
Shelenkova_nata@ukr.net

Abstract. Over the past decades, significant progress has been made in studying the mechanisms of development and diagnosis of diseases' treatment. However, these achievements are not fully implemented in clinical practice, which does not always allow achieving the desired effectiveness. Quite often, the patient's adherence to treatment is crucial in both the treatment and rehabilitation. The crucial component that allows to achieve a high level of adherence is the effective interaction of the doctor with the patient. A high level of adherence significantly positively affects most indicators. Treatment adherence is defined as the degree of compliance with medical guidelines for lifestyle changes, regular visits to the doctor, and taking prescribed medications and procedures. The paper provides a theoretical analysis of adherence to treatment, in particular in the rehabilitation, as well as non-adherence to treatment and its main causes (socio-economic, medical and individual). And, accordingly, the components of dislike related to the role of the patient: the active decision of the patient to stop treatment or change the scheme in connection with the improvement of the condition; refusal of treatment due to frustration with the expected effect or deterioration of the condition, or due to information (heard, seen) about side effects. The concept of "compliance" and its influencing factors are considered. Significant factors of preventive diagnosis of treatment adherence are presented. Stable and dynamic personality traits (neuroticism, extraversion, tendency to agree, honesty, openness of experience, locus of control), current emotional state and intellectual and motivational readiness to actively participate in the rehabilitation are determined. A list of the practice of using special scales and questionnaires that can be applied to determine adherence to treatment in the rehabilitation is revealed.

Key words: adherence to treatment; compliance; psychodiagnostics; non-adherence to treatment: factors influencing adherence to treatment; rehabilitation.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОДИАГНОСТИКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Шеленкова Наталья Леонидовна,
кандидат психологических наук, доцент,
доцент кафедры психологии
Уманского государственного
педагогического университета имени Павла Тычины.
Умань, Украина.

 <https://orcid.org/0000-0002-6488-9078>
Shelenkova_nata@ukr.net

Аннотация. За последние десятилетия был достигнут значительный прогресс в изучении механизмов развития и диагностики лечения многих заболеваний. Однако эти достижения не в полной мере реализуются в клинической практике, что не всегда позволяет добиться желаемой эффективности. Довольно часто определяющей как в лечебном, так и в реабилитационном процессе есть приверженность пациента к лечению. Решающей составляющей, позволяющей достичь высокого уровня привязанности, является эффективное взаимодействие врача с пациентом. Высокий уровень приверженности положительно влияет на большинство показателей. Приверженность к лечению определена как степень соблюдения медицинских рекомендаций по изменению образа жизни, регулярное посещение врача и прием назначенных лекарственных препаратов и процедур. лечение и его основным причинам (социально-экономические, медицинские и индивидуальные). И, соответственно, составляющие нерасположения, связанные с ролью пациента: активное решение пациента прекратить лечение или изменить схему в связи с улучшением состояния; отказ от лечения в связи с разочарованием от ожидаемого эффекта или ухудшением состояния, или в связи с информацией (услышанной, увиденной) о побочных эффектах. Рассмотрено понятие «комплаенс» и влияющие на него факторы. Представлены значимые факторы превентивной диагностики приверженности лечению, определены устойчивые и динамические особенности личности (нейротизм, экстраверсия,

склонность к согласию, добросовестность, открытость опыту, локус контроля), текущее эмоциональное состояние и интеллектуально-мотивационная готовность к активному участию в реабилитационном процессе. Рассмотрен перечень из практики использования специальных шкал и опросников, которые могут быть применены психологом для определения приверженности к лечению в реабилитационном процессе.

Ключевые слова: приверженность к лечению; комплаенс; психодиагностика; не приверженность к лечению; факторы влияния на приверженность лечению; реабилитационный процесс.

REFERENCES (TRANSLATED AND TRANSLITERATED)

- [1] A. L. Hohlov, «Komplaens kak kliniko-ekonomicheskaya problema lecheniya bol'nyh bronhial'noj astmoj», *Novosti zdrazvoohraneniya*, № 1, s. 17–19, 2005.
- [2] A. V. Kotel'nikova, A. A. Kukshina, «Psihodiagnosticheskie aspekty priverzhennosti k lecheniyu v processe medicinskoj reabilitacii», *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoy kul'tury*, T. 93, № 3, s. 4–9, 2016.
- [3] V. P. Chernykh ta in. *Farmatsevtichna entsyklopediia*. Kyiv, Ukraina: MORION, 2016, 1952 s.
- [4] S. S. Soldatchenko, S. G. Donich, I. P. Ignatonis, «Priverzhennost' k lecheniyu bol'nyh bronhial'noj astmoj: sovremennoe sostoyanie voprosa», *Ukrainskij pul'monologicheskij zhurnal*, № 2, s. 35–38, 2008.
- [5] E. Phillips, *Patient compliance*. Bern: H. Huber, 1988, 361 p.
- [6] T. YU. Grechko, «Faktory, vliyayushchie na komplaens v sovremennyh usloviyah psihiatrii (obzor literatury)», *Nauchno-medicinskij vestnik Central'nogo Chernozem'ya*, № 35, s. 72–75, 2009.
- [7] M. A. Vagina, L. I. Volkova, «Faktory, vliyayushchie na komplaentnost' k terapii antikonvul'santami pri epilepsii (obzor literatury)», *Vestnik ural'skoj medicinskoj akademicheskoy nauki*, T. 2(48), s. 166–169, 2014.
- [8] E. V. Surkova, O. G. Mel'nikova, «Priverzhennost' medikamentoznomu lecheniyu pri saharnom diabete 2-go tipa: rezul'taty anketirovaniya bol'nyh», *Saharnyj diabet: diagnostika, kontrol' i lechenie*, № 1, s. 48–50, 2009.
- [9] D. S. Danilov, «Terapevticheskoe sotrudnichestvo (komplaens): sodержanie ponyatiya, mekhanizmy formirovaniya i metody optimizacii», *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika*, № 2, s. 4–12, 2014.

- [10] R. R. McCrae, P. T. Costa, «Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers», Journal of Personality and Social Psychology, 52(1), pp.81–90, 1987. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.81>
- [11] V. I. Kozlovskij, O. V. Antonysheva, «Trevozhnye, depressivnye, kognitivnye rasstrojstva u bol'nyh arterial'noj gipertenziej v rannij period posle gipertonicheskogo kriza», Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika, № 9(6 pril. 1), s. 154–155, 2010.
- [12] L. N. Sobchik, SMIL. Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovaniya lichnosti. Sankt-Peterburg, Rossiya: Rech', 2004, 224 s.
- [13] E. M. Epanchineva, V. YA. Semke, N. P. Garganeeva, V. P. Zajcev, «Variant psihologicheskogo testa Mini-Mult», Psihologicheskij zhurnal, № 2(3), s. 118–123, 1981.
- [14] E. G. Ksenofontova. «Issledovanie lokalizacii kontrolya lichnosti – novaya versiya metodiki "Uroven' sub"ektivnogo kontrolya"», Psihologicheskij zhurnal, № 20(2), s. 103–114, 1999.
- [15] L. M. Rudina, Test na optimizm. Metod opredeleniya atributivnyh stilej: metod. posobie. Moskva, Rossiya: Nauka, 2002, 24 s.
- [16] T. O. Gordeeva, O. A. Sychev, E. N. Osin, «Razrabotka russkojazychnoj versii testa dispozicionnogo optimizma (LOT)», Psihologicheskaya diagnostika, № 2, s. 36–64, 2010.
- [17] E. F. Bazhin, A. M. Etkind, Cvetovoj test otnoshenij (CTO): metod. rek. Leningrad, Rossiya: Leningrad. nauch.-issled. psihonevr. in-t im. V. M. Bekhtereva, 1985, 20 s.

*Стаття надійшла до редакції
01 листопада 2021 року*