

CORELAREA STĂRII PSIHOLOGICE CU EVOLUȚIA CLINICĂ ȘI CU GRADUL DE COMPLIANȚĂ AL PACIENȚILOR HEMODIALIZAȚI CRONIC

IOANA ADELA RAȚIU^{1,2,3}, ANCA BLAGA², GABRIEL BAKO^{1,2,3},
CRISTIAN RAȚIU³, SIMONA HINȚ²

¹Spitalul Clinic Municipal "Dr. Gavril Curteanu", Oradea

²Centrul de Hemodializă Renamed Nefrodial, Oradea

³Universitatea Oradea

Rezumat

Pacienții dializați cronic sunt un grup heterogen, cu o patologie complexă. Există o relație de interdependență între starea psihologică și evoluția clinică a acestor pacienți.

În studiul de față am urmărit corelația dintre evoluția clinică și cea psihologică, la pacienții necomplianți comparativ cu pacienții complianți la terapia de substituție renală. Evoluția pacienților a fost evaluată clinic și prin analize de laborator (uree, creatinină, fosfor, calciu, albumină și Kt/v) și determinarea valorilor tensiunii arteriale, iar starea psihologică prin evaluarea stimei de sine, a calității vieții, evaluarea acceptării condiționată, a atitudinilor și convingerilor, aplicând chestionare consacrate în literatura de specialitate. Atitudinile și convingerile, deși prezente în ambele loturi, sunt mai bine conturate la pacienții necomplianți și cu personalități puternice. Stima de sine este crescută la pacienții necomplianți, ceea ce denotă o neacceptare a propriei boli.

În concluzie, există posibilitatea ca stările psihologice să influențeze evoluția clinică a pacienților necomplianți, reducând calitatea vieții și crescând rata mortalității în clinicile de dializă.

Cuvinte cheie: hemodializă, noncomplianță terapeutică, evoluție clinică, calitatea vieții, stare psihologică.

CORRELATION OF THE PSYCHOLOGICAL STATUS WITH THE CLINICAL EVOLUTION AND THE DEGREE OF COMPLIANCE IN PATIENTS ON CHRONIC HEMODIALYSIS

Abstract

Patients with chronic dialysis are a heterogeneous group with a vast pathology. There is an ambivalent relationship between the psychological status and the clinical evolution at these patients.

In this study, we followed the correlation between the clinical and psychological evolution in noncompliant patients, compared with patients complying with renal replacement therapy.

The clinical evolution was assessed using laboratory tests (urea, creatinine, phosphorus, calcium, albumin and Kt/v) and psychological (self-respect, quality of life, evaluation of conditional acceptance, attitudes and beliefs), by applying questionnaires established in literature. Attitudes and beliefs, although present in both groups, were better noticed in the noncompliant patients having a strong personality. Self-esteem was very high in the noncompliant patients, which denotes a non-acceptance of their disease.

Finally, there is the possibility that psychological states influence the clinical

evolution of the noncompliant patients, reducing quality of life and increasing mortality in the dialysis wards.

Keywords: hemodialysis, therapeutic noncompliance, clinical evolution, quality of life, psychological state.

INTRODUCERE

Creșterea supraviețuirii și a calității vieții pacienților dializați este o preocupare constantă a comunității nefrologice [1]. În prezentul studiu am încercat să obiectivăm influența unui factor mai puțin studiat: acceptarea sau neacceptarea bolii și terapiei. Necomplianța terapeutică este o trăsătură frecvent întâlnită la pacienții hemodializați, reducând toleranța și aderența la terapie [2,3,4].

Studiile arată că incidența non-complianței la tratament variază între 2-30% [5,6]. Acest fapt se datorează unor convingeri și atitudini ale pacientului în ceea ce privește eficiența tratamentului, lipsei cunoștințelor în domeniu sau unor efecte adverse neplăcute ale terapiei. Ea se asociază întotdeauna cu un risc crescut de deces, complianța putând fi ameliorată prin comunicare, informare, psihoterapie [7,8].

Modul în care pacienții își percep boala, handicapul sau dizabilitatea, felul în care își evaluează șansele și își adaptează comportamentul la noua situație de viață diferă de la pacient la pacient [8,9]. Atitudinea de acceptare a bolii presupune, implicit, o atitudine de dependență și conformitate față de medic și de boală, față de programul de tratament și regimul alimentar [10].

MATERIAL ȘI METODĂ

Am luat în studiu un număr de 66 de pacienți cu insuficiență renală cronică în program de hemodializă, dintre care un număr de 31 formează lotul pacienților necomplianți la terapie, iar 35 lotul pacienților complianți la tratament. Vârsta pacienților incluși în studiu este cuprinsă între 22-71 de ani, pacienții fiind de proveniență atât din mediul rural, cât și urban și având structuri socio-economice asemănătoare. Pentru acest studiu clinic s-a primit acordul Comisiei de etică medicală a Centrului de dializă în care s-a efectuat studiul.

Noncomplianța este definită prin nerespectarea terapiei medicamentoase propuse, a duratei ședințelor de hemodializă și a prescripției de hemodializă (debitul pompei de sânge, necesar de ultrafiltrare), a regimului alimentar mai restrictiv. Din punct de vedere psihologic noncomplianții sunt mult mai reticenți, ranchiunoși, suspicioși, încăpățânați, capricioși, intrând cu ușurință în situații conflictuale, având întotdeauna nevoia perpetuă de aprobare și de a învinge în dispute. Pacienții considerați complianți sunt pacienți care își respectă terapia, durata ședințelor de dializă și regimul alimentar, fiind persoane

comunicative, cooperante, politicoase, flexibile și care se adaptează cu ușurință situațiilor noi.

Pentru a obiectiva noncomplianța la tratament am selectat atât parametrii biologici care se corelează în mod direct cu eficiența hemodializei (uree, creatinină, fosfor, Kt/v), cât și indirect, prin creșterea apetitului (albumina), cât și parametri clinici ușor cuantificabili și totodată foarte relevanți, cum este valoarea tensiunii arteriale. Am analizat cele două loturi în ce privește prevalența bolilor asociate, cu impact direct asupra evoluției pacienților.

Chestionarul de acceptare necondiționată a propriei persoane: cuprinde 20 de subpuncte care măsoară acceptarea necondiționată a propriei persoane. Acesta a fost conceput de către Chamberlain și Haaga, validat și adaptat de Daniel David. Scala permite calcularea unui scor global, unde valorile mari reflectă nivele crescute de acceptare necondiționată a propriei persoane [11].

Scala de atitudini și convingeri cuprinde 8 subpuncte, dintre care 4 afirmații iraționale și 4 afirmații raționale. Această scală măsoară credințe și atitudini pe care o persoană le are față de sine, față de ceilalți și față de viață. ABSs reprezintă o măsură globală a iraționalității la vârstă adultă. Cei 8 itemi ai scalei acoperă fiecare câte un tip de credințe iraționale sau raționale. Această scală a fost concepută de Raymondo DiGiuseppe, Russel Leaf, Mitchell Robin, validată și adaptată de Daniel David [11].

Scala stimei de sine (SS): cuprinde 10 subpuncte cotate pe o scală Likert cu 4 trepte, unde 1 semnifică "sunt total dezacord", iar 4 semnifică "sunt întru totul de acord". Scorurile la SS pot varia între 10 și 40. Cu cât scorul este mai mare, cu atât aceasta indică o stimă de sine mai ridicată [11]. Această scală a fost concepută de Morris Rosenberg, validată și adaptată de Daniel David [11].

Scala Short-form 36 Health Survey (SF-36), autor: Turner-Boroker, Bartley Ware (2002), evaluează calitatea vieții pe 8 dimensiuni: funcție fizică, rol fizic, durerea somatică, sănătatea generală, vitalitate, funcție socială, rol emoțional și sănătate mentală. Interpretarea se poate face pe fiecare dimensiune în parte sau pe baza a două scoruri generale: componentă fizică și componentă mentală. Întrebările se cotează: 1 - prost, 2 - mediocru, 3 - bună, 4 - foarte bună, 5 - excelentă [12].

Datele culese au fost interpretate cu ajutorul Programului de Prelucrare Statistică pentru Științele Socio-Umane.

REZULTATE

Figura 1 reprezintă parametrii care definesc loturile evaluate, respectiv factorii care influențează evoluția medicală a pacienților: vechimea în dializă, vârsta medie la momentul includerii în studiu, bolile renale de bază - rinichi

Articol intrat la redacție în data de: 02.12.2011

Primit sub formă revizuită în data de: 04.05.2012

Acceptat în data de: 05.05.2012

Adresa pentru corespondență: ratiu_ioana@yahoo.com

polichistic, pielonefrită cronică, glomerulonefrită cronică, nefropatie diabetică - care au condus la insuficiența renală cronică și la tratamentul substitutiv al funcției renale prin hemodializă. Statistic nu se remarcă diferențe semnificative în ce privește loturile examinate ($p < 0,01$).

Parametrii clinico-demografici care definesc loturile evaluate

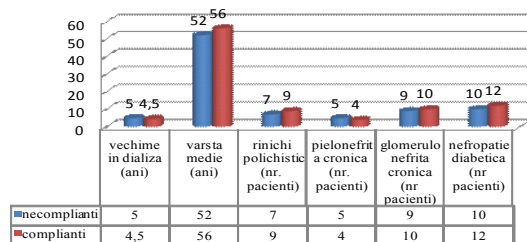


Fig. 1. Parametrii clinico-demografici care definesc loturile examinate.

Incidența patologiei asociate

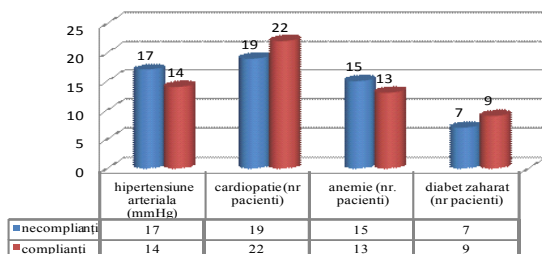


Fig. 2. Prevalența patologiei asociate, comorbidități la loturile evaluate.

În figura 2 am expus principalele boli asociate: hipertensiune arterială, cardiopatie, anemie și diabet zaharat cu impact asupra evoluției și prognosticului acestor pacienți. Prevalența bolilor asociate este procentual similară la ambele loturi, fără diferențe semnificative statistic ($p < 0,01$).

Parametrii clinico-biologici

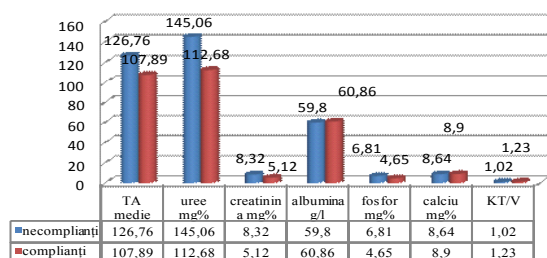


Fig. 3. Parametrii clinico-biologici care definesc loturile examinate.

Figura 3 reprezintă comparații între valorile parametrilor care definesc cele două grupe de subiecți din punct de vedere clinic/paraclinic. La pacienții necomplianți, mediile tensiunii arteriale, ureei, creatininei, fosforului sunt semnificativ mai mari decât la pacienții complianți ($p < 0,01$),

iar pentru albumină, calciu și Kt/v, valoarea medie este mai mică la pacienții necomplianți în comparație cu pacienții complianți ($p < 0,01$).

Testarea psihologică

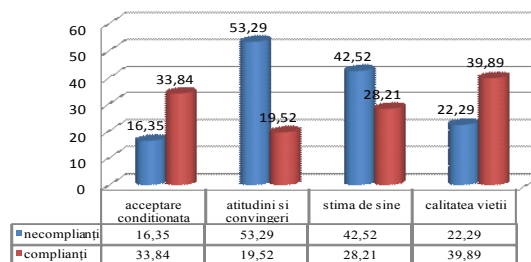


Fig. 4. Testarea psihologică a loturilor implicate în studiu.

Figura 4 reprezintă comparații între valorile medii ale punctajelor obținute consecutiv aplicării chestionarelor psihologice la cele două grupe de subiecți. La pacienții necomplianți, atitudinea, convingerile și stima de sine au valori semnificativ mai mari decât la pacienții complianți ($p < 0,01$). În schimb, valorile obținute conform aplicării scalei de evaluare pentru acceptarea condiționată și calitatea vieții au valori mai mici la pacienții necomplianți în comparație cu pacienții complianți ($p < 0,01$).

DISCUȚII

În studiul de față, am urmărit evoluția clinico-biologică la pacienții necomplianți comparativ cu pacienții complianți, terapia propusă, inclusiv cea dialitică. Analizele de laborator a căror valoare medie a fost evaluată (uree, creatinină, fosfor, calciu, albumină, Kt/v) reflectă eficiența hemodializei, rezultat a complianței pacientului la prescripția de dializă indicată. Pacienții necomplianți nu acceptă aplicarea unui debit sangvin adecvat pe durata hemodializei, refuză indicațiile de ultrafiltrare, recurgând adesea la diverse subterfugii, scurtează durata ședințelor de hemodializă. Persoanele incluse în acest profil psihologic nu respectă indicațiile de regim igienico-dietetic, acumulează cantități crescute de lichid interdialitic, au un aport crescut de fructe, legume, obiectivat prin nivele crescute ale potasiului seric și prezentări frecvente în serviciile UPU ale spitalelor. De asemenea, noncomplianța vizează și tratamentul medicamentos, antihipertensiv sau de control al dezechilibrelor fosfo-calcice. Măsurarea tensiunii arteriale reprezintă un indicator fidel pe de o parte al respectării schemei de tratament antihipertensiv și a regimului de restricție hidrică, iar pe de altă parte a eficienței hemodializei.

Profilul psihologic al loturilor de pacienți a fost evaluat prin cuantificarea stimei de sine, calității vieții, acceptării condiționate, ca și prin aprecierea unor atitudini și convingeri. Acceptarea condiționată este atitudinea de recunoaștere a valorii personale, prezentă la ambele categorii, ea este superioară însă la pacienții complianți [11]. Datele empirice (Chamberlain și Haaga, 2001) arată

că implementarea acestui mod de percepere a vieții de zi cu zi (acceptarea modului de viață chiar și cu anumite condiții, impuse de boală), declanșează un factor protectiv față de evenimentele apărute și impuse de viață [13].

În situația noastră, pacienții necomplianți au un scor scăzut de acceptare condiționată, ceea ce denotă faptul că boala și terapia propusă și totodată impusă, le schimbă total viața, fiindu-le greu să se adapteze la noul stil de viață (regimul alimentar, programul de hemodializă și terapia).

Coeficienții care cuantifică atitudinea, convingerile și stima de sine sunt superiori la pacienții necomplianți. Atitudinea și convingerile se referă la principii, repere, convingeri iraționale, bine implementate, după care acești pacienți își ghidează viața, idei incorecte din punct de vedere logic, în discordanță cu realitatea obiectivă și care blochează atingerea scopurilor individului, ducând la luarea deciziilor bune sau rele (chiar și refuzul terapiei) [14]. Conform teoriei avansate (Ellis și Dryden, 1997), dacă o persoană deține un pattern de gândire absolutistă și așteptările persoanei sunt infirmate de condițiile reale de viață, se dezvoltă emoții negative blocate, disfuncționale, cum sunt depresia, anxietatea și agresivitatea [15].

În psihologia umanistă, stima de sine este etichetată ca fiind necondiționată, altfel spus în momentul în care se impun anumite condiții, persoanele devin reticente, impulsive, necooperante [11]. Baumeister, Smart și McCarthy (1996) susțin că o stimă de sine prea ridicată duce adesea la comportamente agresive, anti-sociale, persoanele din această categorie fiind predispuse la acte de violență [16]. Atât studiile empirice menționate, cât și alte cercetări, ne prezintă persoanele cu stima de sine ridicată ca fiind nesigure în sentimentele pozitive pe care le au față de propriul eu (Tice, 2001) și, datorită acestui fapt, acestea sunt nevoite în permanență să-și demonstreze sieși și celorlalți superioritatea lor [17]. Schlenker, Soraci și Boden (2006), în urma numeroaselor cercetări, au afirmat că o stimă de sine foarte crescută afectează negativ funcționarea psihică a individului și aceste persoane sunt mai vulnerabile la critică [18].

Calitatea vieții, definită în literatura de specialitate (OMS, 1997), este dată de percepțiile indivizilor asupra situațiilor lor sociale și dependența de propriile lor trebuințe, standarde și aspirații [19]. Mărgineanu (2002) definește domeniul calității vieții prin ansamblul elementelor care se referă la situația fizică, economică, socială, sănătate, boală, în care trăiesc oamenii, conținutul și natura activităților pe care le desfășoară, caracteristicile relațiilor, proceselor sociale la care participă, precum și stările subiective de satisfacție, insatisfacție, fericire, frustrare [20].

Calitatea vieții în relație cu sănătatea (Gerin și Selin, 2008) cuprinde mai multe domenii: simptomele așa cum sunt percepute și raportate de pacient, funcția fizică, activitatea profesională și casnică, interacțiunile sociale, starea psihologică, efectele secundare ale tratamentului și percepția bolii de către bolnav [21].

Calitatea vieții este mai scăzută la acești pacienți

necomplianți, cu valori net superioare la pacienții complianți. Calitatea vieții a fost evaluată din două puncte de vedere: clinic și psihologic. În urma comparării celor două entități, evoluția clinică și starea psihologică, putem observa că starea psihologică se corelează cu evoluția clinică doar la pacienții necomplianți.

În concluzie, atitudinile și convingerile, stima de sine, sunt cotate la valori mai crescute la pacienții necomplianți decât la cei complianți, iar acceptarea condiționată și calitatea vieții sunt cu valoare mai crescută la pacienții complianți. Acești factori psihologici joacă un rol adiacent în agravarea stării de sănătate a pacienților necomplianți.

Bibliografie

- Petrică L. Actualități în Nefrologie. Mirton, 2009; 12: 66-67
- Friedman E. Must we treat non-compliant ESRD Patients. Seminars in Dialysis, 2001; 5: 14-23
- Hansen KS. Working with non-compliant and abusive patients. R Educ. Association, 2010: 3-4
- Baines LS, Jindal PM. Non-compliance in patients receiving haemodialysis: An in-depth review. Nephron, 2004; 16: 1-7
- Lannon SL, Neurosci JN. Using a health promotion model to enhance medication compliance. R Educ. Association, 2007; 29(3): 170-177
- Greenberg RN, Clin T. Overview of patient compliance with medication dosing. A literature review, 2004; 6(5): 592-599
- Cosman DP. Psihologie Medicală. Polirom, 2010; 45-46
- Popa VO. Stiințele comportamentului uman-Aplicații în medicină. Trei, 2010; 75-77
- Bond WS, Hussar DA. Detection methods and strategies for improving medication compliance. R Educ. Association; 2001; 48: 1978-1988
- Hagell PR. Compliance and Noncompliance in Neuroscience. Nursing, 2000; 43: 221-222
- Haaga CH, Diguseppe R, Leaf R, et al. Sistemul de evaluare clinic. RTS, 2007; 23-26
- Ware JE, Sherbourne CD. The Mos 36-Item Short-Form Health. Ghid de intervenție, 2002; 23
- Chamberlain J, Haaga. Unconditional self acceptance and psychological health. Journal of rational emotive cognitive, 2001; 19:163-164
- Eiszt SA, Miller DK, Woodward RS, et al. The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. R Educ. Association, 2000; 150
- Ellis A, Drynder W. The Practice of rational emotive behaviour therapy. Springer publishing company, 1997; 22-23
- Iluț P. Valori atitudini și comportamente sociale. Polirom, 2004; 134-135
- Dumitru I. Personalitate, atitudini și valori. Ed de vest, 2001; 78-79
- Schlenker B, Soraci R. Self-esteem and group performance as determinants of egocentric perceptions in cooperative groups. Human Relations 2006; 116-117
- Henderson V. Basic principles of nursing care. Geneva, 1997; 67-68
- Mărgineanu I, Bălașa A. Calitatea vieții percepute în România. Expert, 2002; 61-84
- Gerin P, Seulin C. Evaluation de la qualite de vie en sante mentale in Epidemiologie Psiciatrique. Rouillon, 2008; 22-24