

Розділ: Медична психологія: теоретичні та прикладні питання

УДК 159.196:616.89:614.253:001.8

ПРОБЛЕМА КОМПЛАЙЄНСУ ПАЦІЄНТІВ В СУЧАСНІЙ МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ**Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О.**

У статті розкрито зміст феномена комплайєнсу пацієнтів, запропоновано його структурно-функціональну модель, що ґрунтується на основних положеннях психологічної теорії діяльності та теорії функціональних систем. Визначено основні умови та закономірності формування комплайєнсу, а також його етапи (початковий, основний та заключний). Встановлено, що кожний з етапів становлення комплайєнсу характеризується специфічними умовами, що відіграють ключову роль для його розвитку саме на цьому етапі.

Ключові слова: комплайєнс, психічні розлади, неврологічні розлади, лікувально-реабілітаційний процес, структурно-функціональна модель

The article reveals the content of the phenomenon of compliance of patients, suggested his structural-functional model based on the basic provisions of the psychological theory of activity and the theory of functional systems. The basic conditions and laws of formation of compliance, as well as its stages (initial, basic and final). It was found that each of the stages of the establishment of compliance is characterized by specific conditions, which play a key role in its development at this stage.

Key words: compliance, psychiatric disorders, neurological disorders, treatment and rehabilitation process, structural-functional model

В статье раскрыто содержание феномена комплайенса пациентов, предложено его структурно-функциональную модель, основанную на основных положениях психологической теории деятельности и теории функциональных систем. Определены основные условия и закономерности формирования комплайенса, а также его этапы (начальный, основной и заключительный). Установлено, что каждый из этапов становления комплайенса характеризуется специфическими условиями, которые играют ключевую роль для его развития именно на этом этапе.

Ключевые слова: комплайєнс, психические расстройства, неврологические расстройства, лечебно-реабилитационный процесс, структурно-функциональная модель

Проблема дотримання хворими призначеного лікування існувала протягом всієї історії медицини, однак лише в останнє десятиліття вона стала предметом самостійних досліджень, в ході яких було запропоновано англomовний термін «комплаєнс» («compliance» – згода, поступливість, пристосування). Аналіз сучасного стану проблеми комплайєнсу дозволяє констатувати, що на сьогодні відзначається домінування певного «екстенсивного» підходу до вивчення цього конструкту, коли має місце накопичення значної кількості емпіричного матеріалу стосовно його рівня у тих чи інших груп хворих та

різноманітних чинників, що його зумовлюють [2, 3, 5, 13–16]. Разом з тим практично відсутні дослідження, спрямовані на вивчення змістовних характеристик комплайенсу як складного психологічного феномену, які б розкривали механізми та закономірності його формування та функціонування, що необхідно для прогнозування та корекції терапевтичної поведінки хворих.

Метою дослідження було визначити та здійснити психологічний аналіз основних умов та закономірностей формування комплайенсу хворих на неврологічні та психічні розлади і на цій основі розробити його структурно-функціональну модель.

Було обстежено 123 особи, з них 63 (51,3 %) чоловіка, 60 (48,7 %) жінок у віці від 18 до 67 років (середній вік $42,6 \pm 14,2$ роки). 58 хворих на неврологічні розлади (НР), а саме судинні захворювання головного мозку (СЗГМ). 65 хворих на психічні розлади (ПР): з діагнозом «Шизофренія» – 29 осіб (44,7 %), «Рекурентний депресивний розлад легкого ступеня» – 27 осіб (41,5 %), «Біполярний афективний розлад. Поточний депресивний епізод» – 9 осіб (13,8 %).

В дослідженні використовувались методи теоретичного аналізу та моделювання, спостереження, психодіагностичний і математико-статистичний. Для оцінки комплайенсу хворих застосовувались «Методика діагностики рівня комплайентності» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2014) та «Методика діагностики типу комплайенсу хворих» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2014). Для діагностики різних психологічних аспектів лікувального процесу використовувались методика для оцінки терапевтичного середовища медичного закладу «Тип терапевтичного середовища» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, 2009), «Методика діагностики типу терапевтичного альянсу у пацієнтів» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2014), «Методика оцінки довіри/недовіри в системі відносин «лікар-пацієнт» (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2012) та «Методика діагностики рівня інституціональної довіри в медицині» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2014). Математико-статистична обробка даних здійснювалась за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей (за критерієм ф-Фішера та U-Манна-Уїтні) та кореляційного аналізу. Обчислювання отриманих даних проводилось за допомогою пакету програм SPSS 15.0 for Windows.

Ми розглядаємо комплайєнс як складний поведінковий симптомокомплекс пацієнта, що формується на основі його індивідуальних характеристик (особистісних якостей, мотивацій, установок, рольових позицій, переконань, емоційних реакцій), визначається особливостями захворювання та умовами лікувально-реабілітаційного процесу і спрямований на виконання лікарських рекомендацій. Комплайєнс включає систему оцінок, установок, переконань (установчо-оціночний компонент), емоційних реакцій (емоційний компонент), мотивацій (мотиваційний компонент) та дій (поведінковий компонент) пацієнта [11, 12].

Феномен комплайєнсу може бути розглянуто у двох площинах – з позиції його рівня та типологічних особливостей. Рівень комплайєнсу є динамічною характеристикою, що відображає реалізовану в поведінці згоду на лікування, готовність до терапевтичної співпраці та участі у довготривалих лікувально-реабілітаційних програмах. Тип комплайєнсу відображає індивідуальні особливості системи оцінок, установок, переконань, мотивацій і

дій пацієнта щодо лікувально-реабілітаційних заходів [12].

В результаті проведених досліджень було виділено три рівні комплайенсу хворих на неврологічні та психічні розлади: високий, середній та низький. Показано, що у 29,3 % пацієнтів має місце високий рівень комплайенсу, у 39,0 % – помірний, у 31,7 % – низький. У хворих на неврологічні розлади переважає високий рівень комплайенсу (44,8 %); у 34,5 % з них має місце помірний рівень, у 20,7 % – низький. У 43,1 % пацієнтів з психічними розладами відзначається помірний рівень комплайенсу, у 41,5 % – низький, у 15,4 % – високий. Також визначено 8 основних типів комплайенсу пацієнтів: конструктивний (найбільш оптимальний) (8,1 %), формальний (18,8 %), пасивний (12,2 %), симбіотичний (8,1 %), нестабільний (6,5 %), негативістичний (11,4 %), дефіцитарний (8,1 %) та змішаний (26,8 %). Показано, що у 34,5 % пацієнтів з неврологічними захворюваннями має місце змішаний тип комплайенсу, у 22,4 % – формальний, у 17,2 % симбіотичний, у 10,3 % – конструктивний, у 6,9 % – пасивний, у 5,3 % – негативістичний, у 3,4 % – нестабільний. У 20,0% хворих на психічні розлади відзначається змішаний тип комплайенсу, у 16,9 % – негативістичний, у 16,9 % – пасивний, у 15,4 % – дефіцитарний, у 15,4 % – формальний та у 9,2 % – нестабільний тип.

В процесі досліджень було встановлено складну взаємодію преморбідних індивідуально-особистісних характеристик пацієнтів; їх мотивації лікування та одужання; внутрішньої картини хвороби; довіри до лікаря та медицини в цілому; терапевтичного альянсу з лікарем; особливостей репрезентації терапевтичного середовища медичного закладу; суб'єктивної оцінки ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, які функціонують на підґрунті об'єктивних характеристик терапевтичного середовища медичного закладу, лікувально-реабілітаційного процесу та мікросоціального оточення хворого і утворюють основні інтрапсихічні механізми формування та регуляції комплайенсу.

Також було визначено основні умови формування комплайенсу пацієнтів (табл.). До об'єктивних умов належать середовищні та індивідуальні. Основними середовищними умовами є: об'єктивні характеристики терапевтичного середовища медичного закладу; специфіка лікувально-реабілітаційного процесу; об'єктивна ефективність лікувально-реабілітаційних заходів; характеристики мікросоціального оточення хворого. До об'єктивних індивідуальних умов належать клінічні (нозологічна належність хворого; особливості перебігу захворювання, його тяжкість і тривалість; кількість госпіталізацій) та соціально-демографічні (вік; гендерна належність; рівень освіти; соціально-економічні особливості) характеристики пацієнтів. Суб'єктивними умовами є основні психологічні особливості хворих та психологічні складові лікувально-реабілітаційного процесу.

В процесі становлення та функціонування комплайенсу виділено три етапи: початковий (початок формування основних компонентів комплайенсу), основний (остаточне формування рівня та типу комплайенсу) та заключний (при гострих захворюваннях в ситуації одужання пацієнта та відсутності потреби у подальшому лікуванні цей етап співпадає із завершенням процесу лікування; в разі наявності хронічних захворювань, які потребують довготривалого лікування, іноді протягом життя, цей етап комплайенсу практично відсутній і представляє собою пролонгацію основного етапу). Кожний з цих етапів характеризується специфічними

умовами, що відіграють ключову роль для розвитку комплайенсу саме на цьому етапі. На початковому етапі найбільше значення мають такі характеристики, як мотивація лікування та одужання; міжособистісна довіра до лікаря; інституціональна довіра до медицини в цілому; а також особливості терапевтичного альянсу.

Таблиця

Умови, етапи та закономірності формування комплайенсу хворих

Передумови формування комплайенсу	Етап становлення комплайенсу	Суб'єктивні умови формування комплайенсу	Об'єктивні умови формування комплайенсу
<ul style="list-style-type: none"> - преморбідні особистісні характеристики (характерологічні особливості; специфіка копінг-стратегій; мотиваційної та ціннісно-сислової сфери особистості); - специфіка установок та атитюдів щодо медицини; - особливості знань та переконань щодо методів лікування. 	Початковий	<ul style="list-style-type: none"> - мотивація лікування та одужання; - міжособистісна довіра до лікаря; - інституціональна довіра до медицини; - особливості ТА. 	<p>Середовищні умови:</p> <ul style="list-style-type: none"> - об'єктивні характеристики ТС медичного закладу; - специфіка лікувально-реабілітаційного процесу; - об'єктивна ефективність лікувально-реабілітаційних заходів; - характеристики мікросоціального оточення хворого. <p>Клінічні умови:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нозологічна належність хворого; - особливості перебігу захворювання, його тяжкість і тривалість; - кількість госпіталізацій. <p>Соціально-демографічні умови:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вік хворих; - гендерна належність; - рівень освіти; - соціально-економічні особливості.
	Основний	<ul style="list-style-type: none"> - суб'єктивна оцінка ефективності лікування; - мотивація лікування та одужання; - особливості внутрішньої картини хвороби; - готовність до зміни стилю життя; - усвідомлення перспективи одужання; - міжособистісна довіра до лікаря; - особливості ТА. 	
	Заключний	<ul style="list-style-type: none"> - суб'єктивна оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів. 	

На основному етапі найбільш вагомими умовами виступають: суб'єктивна оцінка ефективності лікування; мотивація лікування та одужання; особливості внутрішньої картини

хвороби; готовність до зміни стилю життя; усвідомлення перспективи одужання; міжособистісна довіра до лікаря та особливості терапевтичного альянсу в цілому. На заключному етапі найбільш значущою умовою формування комплайенсу є суб'єктивна оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів.

Слід зазначити, що власне комплайенс значною мірою залежить від кожної конкретної ситуації взаємодії, в рамках якої він реалізується. Разом з тим, за межами конкретних обставин знаходиться система установок, оцінок, переконань особистості щодо подібних ситуацій та сталих способів реагування на них, які утворюють певну базу для подальшої реалізації тієї чи іншої форми поведінки. В свою чергу, досвід, отриманий в кожній ситуації певною мірою впливає на систему установок, оцінок та переконань особистості, що сприяє її трансформації. Все це утворює певні передумови формування комплайенсу.

На підставі теоретичного аналізу існуючих уявлень щодо сутності феномену комплайенсу, чинників його формування та функціонування і результатів власних досліджень [8 – 12] нами за допомогою методу моделювання розроблено структурно-функціональну модель комплайенсу хворих. Методологічне підґрунтя для створення цієї моделі склали психологічна теорія діяльності А. Н. Леонтьєва [4], теорія функціональних систем П. К. Анохіна [1] та концепція психологічної системи діяльності В. Д. Шадрікова [7].

Аналізуючи поняття комплайенс у категоріях теорії діяльності, можна сказати, що за різних умов і на різних етапах свого становлення він може набувати статусу дії, операції, або навіть окремої діяльності. Частіше за все комплайенс представляється у вигляді дії, що має свою конкретну ціль (виконання призначень лікаря) та забезпечує реалізацію діяльності пацієнта, спрямовану на відновлення здоров'я. За умов сприятливого перебігу захворювання та усвідомлення реальних перспектив одужання (при гострій патології), мотив відновлення здоров'я поступово перестає бути домінуючим в мотиваційній структурі особистості, набуває статусу допоміжного (проміжної цілі) в рамках інших значущих діяльностей людини. В такому випадку комплайенс представляється як сукупність операцій. За умов, коли ціль виконувати лікарські призначення набуває власної спонукальної та смислоутворюючої сили (стає мотивом), комплайенс набуває статусу окремої діяльності.

Переходячи до розгляду моделі комплайенсу, необхідно зазначити, що він виникає, розвивається та функціонує в рамках специфічного виду діяльності людини, а саме – діяльності, що спрямована на відновлення здоров'я. Відповідно, провідним мотивом цієї діяльності, що усвідомлюючись, набуває статусу загальної цілі, є одужання (або максимально можливе відновлення здоров'я). Безумовно, здоров'я є надзвичайно високою цінністю, адже безпосередньо пов'язане з якістю та тривалістю життя людини. Разом з тим, за своїм змістом ця цінність певною мірою є відносною у тому сенсі, що слугує умовою для реалізації інших життєвих цілей та цінностей. За визначенням ВООЗ, «здоров'я являє собою такий стан людини, що по-перше, характеризується відсутністю хвороби, а по-друге, повним фізичним, психічним та соціальним благополуччям» [6, с. 22]. Хвороба розглядається як «небажані збої та пагубні за своїми наслідками зміни у різних системах людини, що порушують нормальне функціонування та знижують якість та тривалість життя» [6, с. 27]. Таке визначення здоров'я через відсутність хвороби, на наш погляд, наглядно демонструє особливості сприйняття цього явища і наділення його особистісним смислом. Дійсно, за

умов нормального функціонування, цінність здоров'я для людини є досить абстрактною, її суб'єктивна значущість залишається потенціальною. За умов же порушення здоров'я, виникає і усвідомлюється потреба у його відновленні, мотив одужання набуває своєї спонукальної сили. В цьому контексті значущість здоров'я визначається «масштабом» впливу хвороби на ключові сфери життя людини.

Отже, структурно-функціональна модель комплайенсу побудована на базі основних положень психологічної теорії діяльності та теорії функціональних систем і містить 7 основних блоків (рис.).

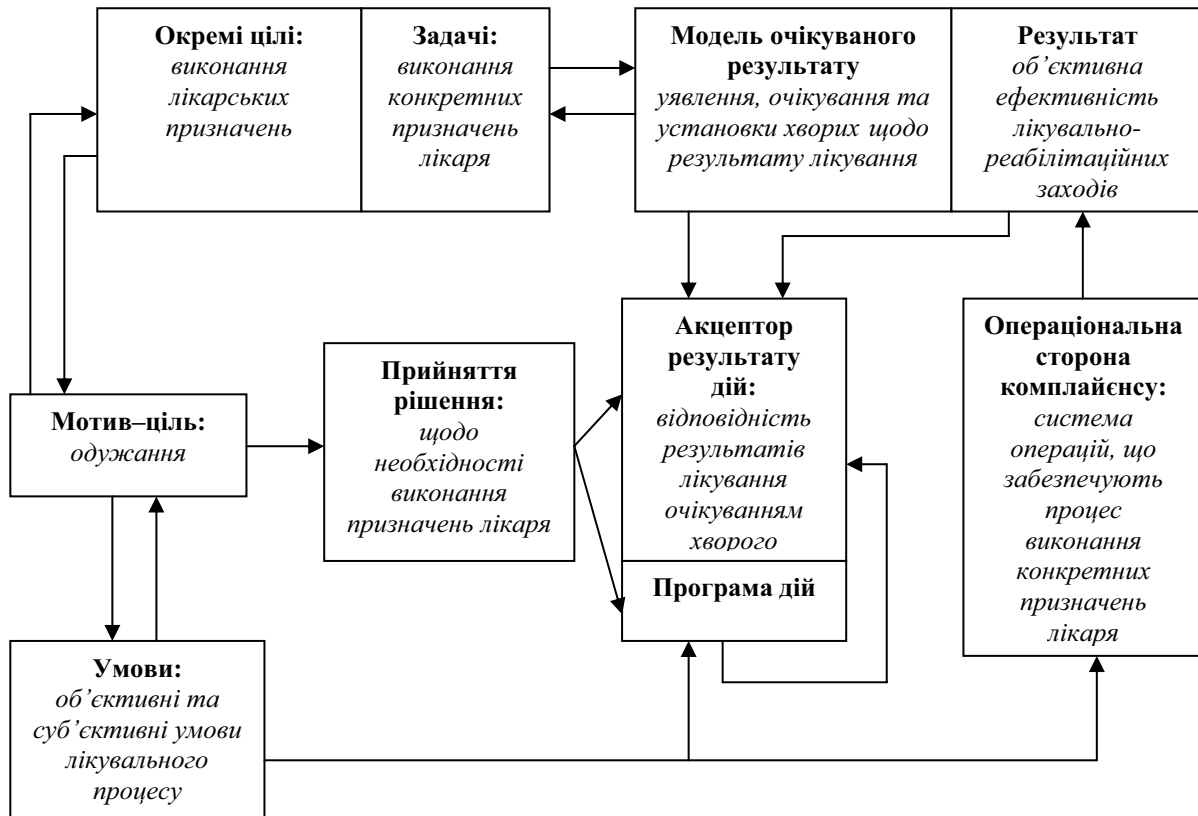


Рисунок. Структурно-функціональна модель комплайенсу пацієнтів

1. *Мотиваційний блок* включає мотив діяльності – одужання, її окремі цілі та задачі – виконання конкретних призначень лікаря.
2. *Блок прийняття рішень* щодо необхідності дотримання лікувально-реабілітаційної програми.
3. *Блок моделі очікуваного результату* включає уявлення, очікування та установки хворих щодо результату лікування.
4. *Блок програми дій* містить сукупність рішень хворого щодо процесу виконання лікарських призначень і лікування взагалі та образ послідовності дій, спрямованих на їх реалізацію.
5. *Операціональний блок* включає систему операцій, які забезпечують процес виконання лікарських призначень.
6. *Блок контролю* містить акцептор результату дій, що забезпечує процес відпрацювання основних параметрів необхідного результату лікування та визначення відповідності реальних результатів очікуванням хворого.

7. Блок об'єктивних та суб'єктивних умов і чинників лікувального процесу, до яких належать: об'єктивні характеристики терапевтичного середовища медичного закладу; специфіка лікувально-реабілітаційного процесу; об'єктивна ефективність лікувальних заходів; характеристики мікросоціального оточення хворого; клінічні та соціально-демографічні характеристики пацієнта; основні психологічні особливості хворого та психологічні складові лікувально-реабілітаційного процесу.

Визначені блоки тісно пов'язані між собою, вони виникають одночасно на початкових етапах формування комплайенсу, є неадитивними, розвиваються нерівномірно та гетерохронно.

Таким чином, отримані результати мають суттєве значення для подальшого розвитку наукових уявлень щодо феномену комплайенсу, а також можуть скласти підґрунтя для розробки методів його оптимізації у різних груп пацієнтів.

Література

1. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем / П. К. Анохин. – М.: Медицина, 1975. – 225 с.
 2. Гуревич К. Г. Комплаенс больных, получающих гипополипидемическую терапию / К. Г. Гуревич, Ю. В. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2004. – № 1. – С. 67-72.
 3. Данилов Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 13–20.
 4. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
 5. Лутова Н. Б. Комплаенс и психопатологическая симптоматика / Н. Б. Лутова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 59–64.
 6. Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / под ред. А. Л. Журавлева, М. И. Володиковой, Т. В. Галкиной. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2014. – 318 с.
 7. Шадриков В. Д. Психология деятельности человека / В. Д. Шадриков. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. – 464 с.
 8. Шестопалова Л. Ф. Особенности комплаенса больных с алкогольной зависимостью / Л. Ф. Шестопалова // Аддикция в современном научном пространстве: Междунар. научн.–практ. конф. – Курск, 2012. – С.152–156.
 9. Шестопалова Л. Ф. Комплаенс больных с алкогольной зависимостью: монография / Л. Ф. Шестопалова, Н. Н. Лесная. – Х.: ХНУ имени В. Н. Каразина, 2012. – 156 с.
 10. Шестопалова, Л. Ф. Доверие в отношениях врача и пациента // Л. Ф. Шестопалова, О. О. Бородавко. – Х. : ХНУ имени В. Н. Каразина, 2014. – 132 с.
 11. Шестопалова Л. Ф. Уровневые и типологические особенности комплаенса больных с психическими и неврологическими расстройствами / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Вісник Харківського національного університету
-

ім. В. Н. Каразіна, Сер. «Психологія». – 2014. – Випуск 55, № 1110. – С. 130–135.

12. Шестопалова Л. Ф. Умови і закономірності формування комплайєнсу хворих на неврологічні та психічні розлади (психологічний аналіз) / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Медицинская психология. – 2015. – Т. 10, № 1 (37). – С. 3–7.

13. Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia / A. Bellack // Dialogues in Clinical Neuroscience. Schizophrenia. – 2001. – Vol. 3, № 2. – P. 136–137.

14. Chaplin R. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? / R. Chaplin // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 347–349.

15. Chaplin R. Negotiating styles adopted by consultant psychiatrists when prescribing antipsychotics / R. Chaplin, P. Lelliott, A. Quirk et al // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 43–50.

16. Misdrahi, D. Compliance in schizophrenia: predictive factors, considerations and implications / D. Misdrahi // Encephale. – 2002. – Vol. 28. – P. 266–272.

References

1. Anohin P. K. Oчерki po fiziologii funkcional'nyh sistem / P. K. Anohin. – М.: Medicina, 1975. – 225 s.

2. Gurevich K. G. Komplajens bol'nyh, poluchajushhих gipolipidemicheskiju terapiju / K. G. Gurevich, Ju. V. Belousov // Kachestvennaja klinicheskaja praktika. – 2004. – № 1. – S. 67–72.

3. Danilov D. S. Komplajens v medicine i metody ego optimizacii (klinicheskie, psihologicheskie i psihoterapevticheskie aspekty) / D. S. Danilov // Psihijatrija i psihofarmakoterapija. – 2008. – Т. 10, № 1. – S. 13–20.

4. Leont'ev A. N. Dejatel'nost'. Soznanie. Lichnost' / A. N. Leont'ev – М.: Politizdat, 1975. – 304 s.

5. Lutova N. B. Komplajens i psihopatologicheskaja simptomatika / N. B. Lutova // Obozrenie psihijatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Behtereva. – 2012. – № 3. – S. 59–64.

6. Psihologicheskoe zdorov'e lichnosti i duhovno-nravstvennyye problemy sovremennogo rossijskogo obshhestva / pod red. A. L. Zhuravleva, M. I. Volovikovej, T. V. Galkinoj. – М.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2014. – 318 s.

7. Shadrikov V. D. Psihologija dejatel'nosti cheloveka / V. D. Shadrikov. – М.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2013. – 464 s.

8. Shestopalova L. F. Osobennosti komplajensa bol'nyh s alkohol'noj zavisimost'ju / L. F. Shestopalova // Addikcija v sovremennom nauchnom prostranstve: Mezhdunar. nauchn.–prakt. konf. – Kursk, 2012. – S.152–156.

9. Shestopalova L. F. Komplajens bol'nyh s alkohol'noj zavisimost'ju: monografija / L. F. Shestopalova, N. N. Lesnaja. – H.: HNU imeni V. N. Karazina, 2012. – 156 s.

10. Shestopalova L. F. Doverie v otnoshenijah vracha i pacienta // L. F. Shestopalova, O. O. Borodavko. – H.: HNU imeni V. N. Karazina, 2014. – 132 s.

11. Shestopalova L. F. Urovnevye i tipologicheskie osobennosti komplajensa bol'nyh s psihicheskimi i nevrogicheskimi rasstrojstvami / L. F. Shestopalova, V. A. Kozhevnikova, O. O. Borodavko // Visnyk Harkivs'kogo nacional'nogo universitetu im. V. N. Karazina, Ser.

«Psihologija». – 2014. – Vypusk 55, № 1110. – S. 130–135.

12. Shestopalova L. F. Umovy i zakonmirnosti formuvannja komplajensu hvoryh na nevrologichni ta psihichni rozlady (psihologichnij analiz) / L. F. Shestopalova, V. A. Kozhevnikova, O. O. Borodavko // Medicinskaja psihologija. – 2015. – T. 10, № 1 (37). – S. 3–7.

13. Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia / A. Bellack // Dialogues in Clinical Neuroscience. Schizophrenia. – 2001. – Vol. 3, № 2. – P. 136–137.

14. Chaplin R. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? / R. Chaplin // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 347–349.

15. Chaplin R. Negotiating styles adopted by consultant psychiatrists when prescribing antipsychotics / R. Chaplin, P. Lelliott, A. Quirk et al // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 43–50.

16. Misdrahi, D. Compliance in schizophrenia: predictive factors, considerations and implications / D. Misdrahi // Encephale. – 2002. – Vol. 28. – P. 266–272.

Надійшла до редакції 20.10.2015
