

6. Роль ремоделирования магистральных сосудов в развитии и прогрессировании артериальной гипертензии / Милягина И.В. [и др.] // Артериальная гипертензия в практике врача терапевта, невролога, эндокринолога и кардиолога: материалы II Всерос. науч.-практ. конф. М., 2006. С.48.

7. Непогода С.В., Чалябин Т.А. Сосудистая жесткость и скорость распространения пульсовой волны: новые факторы риска сердечно-сосудистых осложнений и мишени для фармакотерапии // Consilium Medicum. Болезни сердца и сосудов. 2006. №1 (4). URL: <http://www.consilium-medicum.com/media/bss06.04/34.shtml> (дата обращения: 4.04.2011).

8. Никитин Ю.П., Лапицкая И.В. Артериальная жесткость: показатели, методы определения и методологические трудности // Кардиология. 2005. №11. С.113–120.

9. Clinical applications of arterial stiffness. Task Force

III: recommendation for user procedures / Van Bortel L.M. [et al.] // Hypertension. 2002. Vol.15. P.445–452.

10. Association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systematic review and a meta-analysis / Gan W.Q. [et al.] // Thorax. 2004. Vol.59. P.574–580.

11. The European Network for Non-invasive Expert consensus document on arterial stiffness: methodological issues and clinical applications / Laurent S. [et al.] // Eur. Heart. J. 2006. Vol.27. P.2588–2605.

12. Determination of age-related increases in large artery stiffness by digital pulse contour analysis / Millasseau S.C. [et al.] // Clin. Sci. 2002. Vol.103. P.371–377.

13. Cardio-ankle vascular index (CAVI) for the monitoring of the atherosclerosis after heart transplantation / Yambe T. [et al.] // Biomed. and Pharmacother. 2005. Vol.59. P.177–179.

Поступила 12.04.2011

Валентина Ивановна Павленко, доцент кафедры факультетской терапии, 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95;

*Valentina I. Pavlenko,
95 Gorkogo Str., Blagoveshensk, 675000;
E-mail: amurvip@front.ru*



УДК 616.24-036.12:612.821.3

А.Ю.Трофимова, В.П.Колосов

ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ

*Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН,
Благовещенск*

РЕЗЮМЕ

Определена роль мотивации в формировании закономерностей изменений параметров качества жизни, психоэмоционального статуса и табакокурения в процессе прохождения обучения у больных хронической обструктивной болезнью легких. Установлено, что образовательное направление у больных хронической обструктивной болезнью легких приводит к повышению уровня качества жизни уже через месяц после обучения в большей степени за счет шкал, отвечающих за психосоциальное функционирование. Уровень качества

жизни поддерживается на протяжении трех месяцев после обучения и начинает снижаться к шестому месяцу исследования. Использование образовательной программы позволяет достоверно снизить уровень тревоги и депрессии у больных хронической обструктивной болезнью легких на протяжении трех месяцев. Обучение является эффективным методом в борьбе с табакокурением.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, образовательная программа, качество жизни, психоэмоциональное состояние, табакокурение, мотивация.

SUMMARY

A.Yu.Trofimova, V.P.Kolosov

INFLUENCE OF MOTIVATION ON THE EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL PROCESS IN PATIENTS WITH COPD OF A STABLE CLINICAL COURSE

The role of motivation in the forming of patterns of changes of life quality parameters, psychoemotional status and smoking in the process of education of COPD patients has been defined. It was established that education of COPD patients leads to the increase of life quality level in a month after training, mostly on account of the scales of psychosocial functioning. The level of life quality is held during three months after training and decreases by the sixth month of the research. The use of education program allows to lower the level of anxiety and depression in COPD patients for three months. The education is an effective method in struggle against smoking.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), educational program, life quality, psycho emotional state, smoking, motivation.

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из важнейших медико-социальных проблем пульмонологии, что во многом обусловлено увеличением использования табачных изделий во всем мире [3].

Доказано что, заболевание влияет как на физическое состояние индивидуума, так и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, часто изменяют его место и роль в социальной жизни [2, 4, 7].

В настоящее время качество жизни (КЖ), является важным и, в ряде случаев, основным критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях [2].

Одна из самых сложных проблем при ведении больных с хроническими заболеваниями легких – следование пациентов полученным рекомендациям. Комплаенс, или приверженность терапии, стал предметом продолжающегося обсуждения в течение больше чем четырех десятилетий. В мировой медицине общепризнано, что одним из самых прогрессивных подходов к лечению хронических заболеваний является организация системы обучения, целью которой служит формирование мотивации и новых психологических установок, изменение поведения для более грамотного и самостоятельного контроля своего заболевания.

Вместе с тем, отсутствие единых подходов к оценке результатов эффективности обучения больных ХОБЛ, делают трактовку окончательных результатов весьма затруднительной [2].

Цель нашего исследования – определить роль мотивации в формировании закономерностей изменений параметров качества жизни, психоэмоционального статуса и табакокурения в процессе обучения, разработать способ прогнозирования эффективности образовательной программы у больных ХОБЛ стабильного течения.

Материалы и методы исследования

Обследован 71 пациент с ХОБЛ стабильного течения в возрасте от 37 до 69 лет. С помощью тест-опросника МУН (Н.В.Бордовская, А.А.Реан, 2000) все пациенты на основании выявленного типа мотивации были разделены на 2 группы. Группу 1 (с позитивной мотивационной сферой) составили 48 (68%) больных ХОБЛ, у которых на основании тестирования выявлена «мотивация успеха». Во 2 группу (с негативной мотивационной сферой) были включены 23 (32%) пациента, у которых выявлена «мотивация боязни неудач».

Обследование пациентов проводили исходно и через 1, 3 и 6 месяцев после прохождения обучения в ХОБЛ-школе. Стандартное клиническое обследование и тестирование больных выполняли на базе пульмонологического отделения клиники ДНЦ ФПД СО РАМН. Все пациенты были информированы и дали согласие на участие в исследовании.

Степень тяжести ХОБЛ устанавливали согласно рекомендациям GOLD [3]. Оценку параметров КЖ проводили с помощью общего вопросника «MOS SF-36» и специализированного вопросника «SGRQ» (Респираторный вопросник госпиталя Святого Георгия) [3, 4]. Психоэмоциональное функционирование оценивали с помощью тестов «Шкала самооценки» (Ch.D.Spielberger, 1975, адаптирован Ю.Л.Ханиным, 1976) и «Шкала депрессии Цунга» (W.W.K.Zung, 1965, адаптирован Т.И.Балашовой, 1992) [2]. Статус табакокурения изучали с помощью теста Фагерстрема, тестов по определению степени мотивации к отказу от курения и выявлению факторов мотивации к курению [1, 6]. Обучение пациентов проводили на базе клиники ДНЦ ФПД СО РАМН в специально оборудованном кабинете согласно описанной нами ранее методике [5].

Результаты исследования и их обсуждение

Нами отмечено, что у больных ХОБЛ с усилением тяжести бронхообструктивных нарушений наблюдается снижение мотивации к достижению успеха. Во 2 группе преобладали лица старшего возраста с более выраженными бронхообструктивными изменениями и степенью никотиновой зависимости. При анализе данных психологических тестов выявлен более высокий исходный уровень реактивной тревоги (РТ) и депрессии у пациентов 2 группы (табл. 1).

Мы провели сравнительный анализ исходных параметров КЖ у больных в обеих группах. При этом оказалось, что более низкие значения параметров, как общего, так и специфического КЖ были зафиксированы во 2 группе. Наиболее выраженные различия были получены по шкалам RE, МН и Impact отвечающим за психоэмоциональную сферу пациентов (табл. 2).

Следует отметить, что все пациенты в процессе прохождения обучения в ХОБЛ-школе были ориентированы на следование полученным рекомендациям, т.е. на соблюдение комплаентности. Была поставлена задача «придерживаться плана лечения» с целью получения максимальной пользы от назначенной терапии.

Таблица 1
Средние исходные значения основных параметров
клинико-психологического исследования больных
ХОБЛ в зависимости от типа мотивации

Параметры исследования	1 группа	2 группа	p
Возраст, лет	43,5±3,1	59,7±3,4	<0,001
ОФВ ₁ , % долж.	68,1±3,2	51,4±3,6	<0,001
Степень никотиновой зависимости, баллы	3,1±1,6	8,7±1,9	<0,05
Реактивная тревога, баллы	33,1±3,2	46,1±3,2	<0,01
Депрессия, баллы	49,3±2,8	63,4±3,1	<0,01

Таблица 2
Средние значения исходных показателей КЖ по
данным MOS SF-36 и SGRQ у больных ХОБЛ в
зависимости от типа мотивации

Параметры КЖ, баллы	1 группа	2 группа	p
PF	56,1±2,2	47,2±1,9	<0,01
RP	55,2±3,4	46,9±2,8	<0,05
BP	66,8±1,9	61,5±2,1	<0,05
GH	47,8±3,3	34,1±2,7	<0,01
VT	54,4±2,2	45,6±2,8	<0,05
SF	58,6±3,2	45,2±2,4	<0,01
RE	50,1±2,1	33,8±2,3	<0,001
MH	47,7±2,2	31,4±2,7	<0,001
Symptoms	49,5±2,3	64,1±1,6	<0,01
Activity	45,6±2,5	54,9±1,9	<0,05
Impact	50,1±1,7	50,1±1,7	<0,001
Total	44,8±1,9	54,9±2,4	<0,01

В ходе исследования установлено, что пациенты с позитивным мотивом показали достаточно высокий уровень приверженности лечению и предписанным рекомендациям, в отличие от респондентов 2 группы, которые не регулярно принимали базисную бронхолитическую терапию.

Соответственно, изучая изменение показателей общего и специфического КЖ в процессе обучения у больных ХОБЛ, нами зафиксированы более высокие параметры КЖ у пациентов 1 группы на протяжении всего периода наблюдения.

Так, через месяц уже отмечается статистически достоверная разница между всеми показателями КЖ у пациентов 1 и 2 групп, за исключением шкалы ВР, которая не менялась за весь период исследования. У пациентов 1 группы через месяц получены наиболее заметные изменения показателей КЖ по шкалам, отвечающих за психоэмоциональное функционирование (RE, MH и Impact). Их значения были лучше на 29,8, 32,3 и 39,4%, соответственно, аналогичных параметров у больных 2 группы ($p<0,001$). По всем остальным шкалам у пациентов 1 группы так же отмечен достаточно выраженный положительный эффект по сравнению с респондентами 2 группы. Через 3 месяца у пациентов с позитивным мотивом выявлено улучшение показателей общего и специфического КЖ по всем шкалам с высокой степенью достоверности по сравнению с больными 2 группы (рис. 1, 2). К концу наблюдения все изучаемые параметры КЖ приблизились к исходному состоянию.

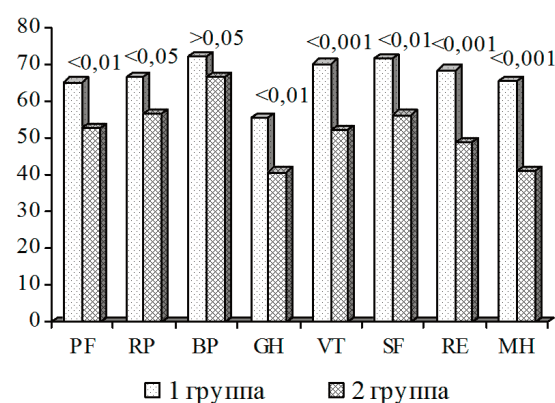


Рис. 1. Показатели КЖ по данным MOS SF-36 у больных 1 и 2 группы через 3 месяца исследования (баллы).

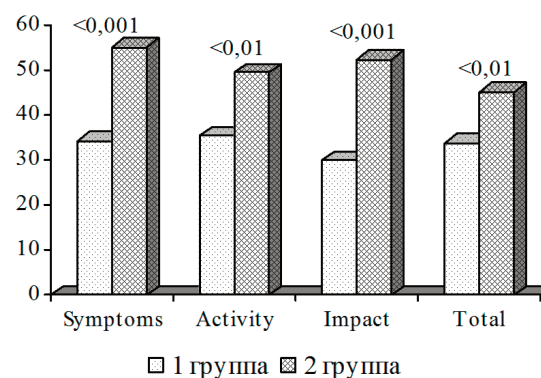


Рис. 2. Показатели КЖ по данным SGRQ у больных 1 и 2 группы через 3 месяца исследования (баллы).

При сравнительном анализе динамики изменения в процессе обучения показателей тестов аффективной сферы, наиболее яркие изменения эмоционального состояния были выявлены у больных в 1 группе к 3 месяцу исследования. Так уровень РТ у больных 1 группы был ниже на 10,8±2,1 балла ($p<0,01$) по сравнению с респондентами 2 группы. По шкале депрессии мы так же получили выраженные изменения значений

между 1 и 2 группой – показатель Δ Депрессия составил $17,5 \pm 3,1$ балла ($p < 0,001$). К концу исследования показатели тревожного состояния пациентов незначительно ухудшились, однако уровень РТ и депрессии был ниже у пациентов 1 группы ($p < 0,01$).

К 6 месяцу исследования установлено, что после прохождения курса обучения в ХОБЛ-школе бросили курить 17 пациентов, у которых исходно был выявлен позитивный тип мотивационной сферы. Самостоятельные неудачные попытки отказа от курения были у 44 (44,8%) больных.

По данным доказательной медицины существуют только два эффективных метода лечения табачной зависимости – формирование мотивации и никотинзамещающая терапия. В Российском руководстве по лечению табачной зависимости (2001) отмечается, что каждая лечебная программа, должна включать в себя мероприятия направленные на усиление мотивации пациента к отказу от курения.

Следовательно, можно сделать вывод о положительном влиянии образовательного процесса на статус табакокурения, так как после прохождения курса обучения 18,0% пациентов бросили курить, а 44,8% готовы отказаться от курения. Учитывая невозможность самостоятельного отказа от курения табака, в связи с высокой степенью никотиновой и психологической зависимости, но имея высокую мотивацию к отказу от курения после обучения в ХОБЛ-школе, пациенты готовы на дальнейшее участие в антитабачных программах.

Итак, данный этап исследования позволил установить, что тип мотивации является одним из факторов, определяющих эффективность образовательного вмешательства. Мы выявили, что у пациентов с негативной мотивацией отмечены более тяжелые бронхообструктивные нарушения, эти больные отличались более старшим возрастом и степенью никотиновой зависимости, более низким уровнем КЖ, более высокой степенью тревоги и депрессии. У пациентов данной группы более низкие показатели КЖ сохранялись на протяжении всего периода исследования,

несмотря на пройденный обучающий курс по программе ХОБЛ. Следовательно, можно говорить об эффективности образовательного процесса, который воздействует на психоэмоциональный компонент больных ХОБЛ в большей степени с выявленной позитивной мотивацией. Положительный эффект прослеживается на протяжении трех месяцев и начинает снижаться к шестому месяцу исследования.

Таким образом, выполненное нами исследование свидетельствует о необходимости включения в комплексную программу реабилитации больных ХОБЛ образовательного направления, как одного из эффективных способов, направленных на повышение уровня комплаенса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов Н.С, Сахарова Г.М. Хроническая обструктивная болезнь легких у курящих: ранняя стадия болезни // Тер. архив. 2009. №3. С.82–84.
2. Белевский А.С. Реабилитация больных с патологией легких // Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. А.Г.Чучалина. М.: Атмосфера, 2008. 397 с.
3. Глобальная стратегия: диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2008) / под ред. А.С.Белевского; пер. с англ. М.: Атмосфера, 2009. 100 с.
4. Ермаков Г.И. Показатели психоэмоционального состояния и качества жизни больных с хронической обструктивной болезнью легких // Общественное здоровье и здравоохранение. 2010. №1. С.90–93.
5. Трофимова А.Ю., Колосов В.П. Эффективность образовательного направления у больных хронической обструктивной болезнью легких // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2010. Вып.37. С.37–41.
6. Чучалин А.Г., Сахаров Г.М., Новиков К.Ю. Практическое применение программы по лечению табачной зависимости // Рус. мед. журн. 2002. Т.4. С.149–153.
7. Celli B.R. Chronic obstructive pulmonary disease: From unjustified nihilism to evidence-based optimism. Proc. Am. Thorac. Soc. 2006. №3. P.58–65.

Поступила 14.04.2011

Александра Юрьевна Трофимова, аспирант,
675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22;
Alexandra Yu. Trofimova,
22 Kalinina Str., Blagoveshchensk, 675000;
E-mail: cfpd@amur.ru

