
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РЕВМАТОЛОГИИ

УДК: 616.71

БОЛЬНОЙ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В ДИАДЕ «ВРАЧ-БОЛЬНОЙ» И СТЕПЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О БОЛЕЗНИ

Н.И. Коршунов, Н.В. Яльцева, Е.В. Большакова

Кафедра терапии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения (зав. кафедрой – проф. Н.И. Коршунов) Ярославской государственной медицинской академии

Резюме.

У 110 больных ревматоидным артритом (РА) экспертным методом и с помощью тестового контроля изучена степень осведомленности о болезни. Установлено, что она тесно связана с рядом клинических и психосоциальных характеристик пациента (стадия болезни, выраженность амиотрофий, степень функциональной недостаточности суставов, наличие гормонозависимости, характер отношения к болезни, уровень образования и др.). Изучены показатели степени конфликтности в диаде «врач-больной». Последние связаны как со степенью информированности о болезни, так и с эффективностью проводимой терапии. Представленные данные обосновывают необходимость психолого-педагогической подготовки врачей.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, информированность пациента, диада «врач - больной».

Эффективность терапии во многом зависит не только от того, насколько оптимальна программа лечения, но и от того, как она реализуется. Процесс взаимодействия в диаде «врач-больной» осуществляется прежде всего на уровне обмена информацией, обсуждения плана предстоящего лечения и назначения конкретных препаратов и процедур. Как известно, наибольшего успеха достигают пациенты, которые действительно прислушиваются к рекомендациям лечащего врача и выполняют их [11, 14]. В исследовании A. Carlberg [5] из 7 выделенных факторов, оказывающих наиболее существенное влияние на эффект лечения, следует отметить: 1) участие пациентов в процессе лечения; 2) знания о своем заболевании и лечении; 3) обучение правильному лечению. Как видно, фактор обучения – существенная часть эффективной лечебной работы. J.H. Katz et al. [8] установили меньшее число осложнений от

нестероидных противовоспалительных средств при проведении разъяснительной работы с больными. Работать с хроническими больными более сложно, поскольку именно у хронических больных особенно часто встречается несогласие с врачебными рекомендациями [4]. Хотя, как правило, считается, что обучение больного способствует улучшению результатов лечения [12, 15], вопрос о целесообразности информационной работы с больными далеко не однозначен. В этом отношении демонстративно название работы M. Tucker и J.R. Kirwan [13]: «Имеет ли обучение больного ревматоидным артритом терапевтический потенциал?» Влияние обучения на болевой синдром и функцию суставов не столь отчетливо, а механизм действия пока недостаточно ясен [6, 9, 10, 16, 17]. Более того, есть работы, свидетельствующие о вреде медицинского просвещения, касающегося профилактики патологии опорно-двигательного аппарата. Так, L.H. Daltroy et al. [7] сообщили, что у той половины из 4000 работников почты, которые проходили специальное обучение, как правильно поднимать тяжести, чтобы не спровоцировать синдром болей в спине, частота этого синдрома

Адрес для переписки:

Н.И. Коршунов,
150000, Ярославль, ул. Революционная, д.5,
Ярославская гос. мед. акад.,
Каф. пов. квал. и проф. переподготовки спец здрав.

ма оказалась на 10% , а общие затраты на лечение в три раза выше чем у тех, кого этому не обучали. Авторы подозревают в этом, казалось бы, парадоксальном феномене дефект образовательных программ. Действительно, что касается содержания, а главное, педагогических методик реализации этих программ, то многое далеко от совершенства, а формальный подход к делу, что мы видим иногда на практике многочисленных “школ для пациентов”, легко может дискредитировать необходимость информационно-разъяснительной работы. Возможность такой дискредитации может быть объяснена неумелой психопедагогикой, усугубляющей тревогу и вызывающей в качестве психологической защиты нежелание знать проблему. Кроме того, нередко следует считаться с негативным отношением к медицинскому просвещению, сформированным на базе определенного общественного менталитета (“если я заболею, то к врачам обращаться не стану...”).

Понимая и принимая точку зрения (казалось бы, априорную, не требующую доказа-

ко медицинская осведомленность пациентов с ревматоидным артритом (РА) связана с тяжестью клинических проявлений болезни, ее длительностью, отношением к ней самого больного, с приемом различных, в том числе достаточно “агрессивных” средств, а также со взаимоотношением в системе “врач-больной”.

У 110 больных РА, с которыми не проводилось каких-то специальных групповых и индивидуальных занятий, мы изучили степень информированности о болезни. Для этого использовали экспертный метод и тестовый контроль. В процессе госпитализации и общения с больным три эксперта (лечащий врач, заведующий отделением и сотрудник кафедры - куратор отделения) оценивали его знания по пятибалльной системе. Оценка тестового контроля производилась по десятибалльной системе. Данный контроль представлял из себя набор из 10 ситуационных задач, в которых следовало решить различные диагностические и лечебно-реабилитационные проблемы. Всем больным проводилось общепринятое (“стандартное” для данной патологии) клиническое,

Таблица 1.

Некоторые социальные, психологические и клинические характеристики, значимо ($p < 0,05$) связанные со степенью информированности больного РА о своей болезни .

Показатель	экспертный метод	тестовый метод
Уровень образования	+ 0,36	+ 0,37
Длительность болезни	+ 0,25	+ 0,22
Стадия болезни	+ 0,43	+ 0,38
Степень функциональной недостаточности суставов	+ 0,23	+ 0,23
Степень выраженности амиотрофии	+ 0,48	+ 0,47
1-й (более адаптивные варианты отношения к болезни) блок методики “ТОБОЛ”	+ 0,34	+ 0,38
Величина агрессивных тенденций	- 0,26	- 0,28
Гормонозависимость	+ 0,37	+ 0,30
Суточная доза глюкокортикоидов	+ 0,39	+ 0,33
Частота приема (систематичность) НПВС	+ 0,39	+ 0,34
Применение базисных средств	+ 0,33	+ 0,23

тельств) о необходимости информационно-разъяснительной работы с больными, мы хотели бы уточнить и обосновать целесообразность этой работы, учитывая вышеуказанную неоднозначность мнений. В настоящей статье мы стремились осветить вопрос о том, насколько

лабораторное и рентгенологическое обследование. Кроме того, с помощью методики “ТОБОЛ”, разработанной в С-Петербургском НИПНИ им. В.М. Бехтерева, оценивался тип отношения к болезни [1, 2], а также степень конфликтности в диаде “врач-больной” с по-

мощью методики “Идеальный-реальный врач”, разработанной в ЯГУ Л.П. Урванцевым [3].

Установлен большой диапазон степени осведомленности о своей болезни. При этом ее оценка экспертным и тестовым методом выявила высокую степень корреляции ($r = +0,95$). Обнаружена значимая связь между степенью информированности пациента о своей болезни и различными клиническими, психологическими и социальными характеристиками (табл. 1). Заметим при этом, что, несмотря на кажущиеся сравнительно невысокими величины коэффициентов корреляции, значительный объем выборки обуславливает их достоверность ($p < 0,05$).

Как и следовало ожидать, с увеличением образовательного ценза степень информированности растет. Данный аспект очень важно учитывать в практической работе, поскольку методики и уровень донесения информации в разных ситуациях могут и должны существенно отличаться. Полученные данные свидетельствуют о наличии достоверной положительной связи между информированностью пациента и длительностью болезни, ее стадией, степенью амиотрофии и функциональной недостаточности суставов, наличием гормонозависимости. Эти связи легко объяснимы, поскольку с увеличением стажа болезни, ее прогрессированием и ростом функциональных нарушений стихийно и параллельно приобретенному опыту

Важным, с нашей точки зрения, является факт установления связи некоторых психологических характеристик и степени информированности. Так, положительная корреляция ее с величиной I блока “ТОБОЛ” означает, что чем больше величина этого блока (иначе, чем адаптивнее отношение больного к своей болезни), тем больше он стремится к позитивному сотрудничеству с врачом и готов содействовать во всем успеху лечения, тем больше он получает информации. Можно посмотреть на эту связь и с другой стороны: чем больше информирован больной о своей болезни, тем гармоничнее формируется у него отношение к болезни. Напротив, связь величины агрессивных тенденций (определяемых по методике “ТОБОЛ”), характеризующих дезадаптивные типы отношения к болезни, с информированностью о ней - отрицательная. Можно сказать, что у больных с низкой степенью информированности о своем заболевании происходит рост агрессивных тенденций.

Полученные данные также свидетельствуют о более высокой степени информированности среди больных, более постоянно принимающих гормональные препараты, нестероидные противовоспалительные и базисные средства. С одной стороны, это подтверждает то, что лица, которые постоянно лечатся такими активными препаратами, являясь, оче-

видно, более “тяжелыми” пациентами, больше знают о РА. С другой стороны, это означает, что если пациент больше знает о своей болезни, тем более регулярно и аккуратно он принимает лекарства, соблюдая врачебные предписания.

Приведем некоторые результаты по изучению взаимоотношений в диаде “врач-больной”. В табл. 2 представлены существенные ($p < 0,05$) связи показателя обобщенной конфликтности

Существенные ($p < 0,05$) корреляционные связи показателя обобщенной конфликтности (К) с некоторыми параметрами, характеризующими больного РА

Таблица 2.

Параметр	r
Степень функциональной недостаточности суставов	-0,45
Наличие системности	-0,44
Уровень С-реактивного белка	-0,57
Степень выраженности амиотрофии	-0,38
Выраженность эффекта лечения	-0,39
Степень информированности о РА (экспертный метод)	-0,45
Степень информированности о РА (тестовый контроль)	-0,47

(госпитализации, консультации) или осознанно (чтение специальной медицинской литературы, заинтересованный целенаправленный расспрос специалистов) медицинская осведомленность неизбежно возрастает.

(методика “идеальный-реальный врач”) с некоторыми параметрами, характеризующими больного РА. Показатель обобщенной конфликтности (К) характеризует соотношение важнейших профессиональных недостатков и не-

достатков, обусловленных индивидуальными характерологическими особенностями врача, которые не импонируют конкретным больным.

Из приведенных данных видно, что с нарастанием тяжести болезни степень конфликтности уменьшается. С одной стороны, это можно объяснить и адаптационными процессами в психике больного к факту тяжелой болезни, и большей зависимостью “тяжелых” пациентов от врача. С другой стороны, этот факт может свидетельствовать о большем внимании врача к “тяжелым” пациентам.

Очень важен факт установления связи между обобщенным показателем конфликтности и степенью информированности больного о своей болезни. Этот факт прямо указывает на пути оптимизации взаимоотношений в диаде “врач-больной”. Прежде всего, это путь

сближения позиций врача и больного при достаточно основательном и дифференцированном донесении информации о болезни, что подразумевает знание особенностей больного и течения болезни. В этой связи обратим внимание и на то, что степень конфликтности тесно связана с эффектом лечения.

Таким образом, представленные данные показывают тесную связь степени информированности больного РА о своей болезни с особенностями ее течения, с особенностями личностного реагирования на нее и взаимодействием пациента и врача. Они могут объяснить неудачи образовательных программ формальным недифференцированным подходом к их реализации и обосновать необходимость хотя бы минимальной психолого-педагогической подготовки врачей-ревматологов.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Л., НИПНИ им.В.М.Бехтерева, 1991, 28.
2. Вассерман Л.И. Разработка опросника для оценки типа реагирования личности на болезнь в соматической клинике. Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза: Тез. докл., Каунас, 1983, 11.
3. Урванцев Л.П. Психология в работе врача. Ярославль, 1993, 80.
4. Шамуров Ю.С., Ермакова Л.А. Внутренняя картина болезни у лиц, перенесших операцию протезирования сердечных клапанов. Клини. мед., 1992, 70, 1, 34-37.
5. Carlberg A. Patient satisfaction and design of treatment. Results from a study of two different ways of treating hypertension. Scand. J. Prim. Health. Care, 1993, 11, 2, 105-110.
6. Cohen J., Sauter S. van H., Devillis R.F. Evaluation of Arthritis self-management courses led by laypersons and by professionals. Arthr. Rheum., 1986, 29, 3, 388-393.
7. Daltroy L.H., Iversen M.D., Larson M.G. et al. A controlled trial of an educational program to prevent low back injuries. N. Engl. J. Med., 1997, 337, 8.
8. Katz J.N., Daltroy L.H., Brennan T.A. Informed consent and the prescription of nonsteroidal antiinflammatory drugs. Arthr. Rheum., 1992, 35, 11, 1264-1266.
9. Loring K.R., Lubeck D., Kraines R.G. et al. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. Arthr. Rheum., 1985, 28, 6, 680-685.
10. Parker J., Singen B., Hewett J. Educating patients with rheumatoid arthritis: a prospective analysis. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1984, 65, 12, 771-774.
11. Short D. Principles of patient management. Br. J. Hosp. Med., 1993, 50, 8, 480-483.
12. Spiegel T.M., Knutzen K.L., Spiegel J.S. Evaluation of an inpatient rheumatoid arthritis patient education program. Clin. Rheumatol., 1987, 6, 3, 412-416.
13. Tucker M., Kirwan J.R. Does patient education in rheumatoid arthritis have therapeutic potential? Ann. Rheum. Dis., 1991, 50, suppl. 3, 422 - 428.
14. Verbeek Heida P.M. How patients look at drug therapy: consequences for therapy negotiations in medical consultations. Fam. Pract., 1993, 10, 3 326-329.
15. Vitulic V. Scola za reumatske Bolesnike. Reum., 1986, 33, 5-6, 135-142.
16. Weinberger M., Hiner S., Tierney W. Improving functional status in arthritis: the effect of social support. Soc. Sci. Med., 1986, 23, 9, 899-904.
17. Wetstone S.L., R. et al. Evaluation of computer-based educational lessons for patients with rheumatoid arthritis. J. Rheum., 1985, 12, 907-912.

Summary.

110 pts with RA were studied by expert method and with the help of test control, the level of information about the disease was determined. It was determined that it is closely connected with the number of clinical and psychosocial characteristics of the patient (stage of the disease, amyotrophy, functional insufficiency of joints, presence of hormonal dependency, character of relation to the disease, level of education e.a.) The stage of conflicts in the duality «physician-patient» was studied. They are connected with the information level of the disease as well as with the efficacy of the therapy. Presented data substantiate the necessity of psychological-pedagogical training of physicians.

Key words: rheumatoid arthritis, «physician-patient» relations.