

Выводы

1. Бронхиальная астма сопровождается широким спектром морфологически выраженных висцеральных поражений (пищеварительной системы, сердца, почек), в ряде случаев приводящих к формированию клинически выраженной патологии "второго плана", что, сочетаясь с основным легочным процессом, создает условия для развития синдрома взаимного отягощения и требует необходимой терапевтической коррекции.
2. Изучение аутопсийного материала у умерших от бронхиальной астмы свидетельствует о более значительной частоте, выраженности и сочетанности патологических изменений внутренних органов, зачастую не имеющих яркой клинической манифестации и не диагностирующихся при жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гембицкий Е.В., Кириллов С.М., Ломоносов А.В. и др. Клинико-патогенетическая группировка патологии пищеварительного тракта у больных бронхиальной астмой // Сборник рез.

- 6 Национального конгресса по болезням органов дыхания. — Новосибирск, 1996. — П.285.
2. Кириллов М.М. Нефрологические аспекты диагностики и интенсивной терапии в пульмонологии. — Саратов, 1993.
3. Кириллов М.М., Киричук В.Ф. Неспецифические заболевания легких. Гемореологические аспекты. — Саратов, 1995.
4. Кириллов М.М., Рябова А.Ю., Шаповалова Т.Г. и др. Внелегочные эффекты различных курсовых программ у больных бронхиальной астмой // Труды 4 Международного конгресса "Реабилитация в медицине и иммунореабилитация": Сб. рез. — Сочи, 1998. — № 8. — П.90.
5. Ломоносов А.В., Кириллов С.М., Кириллов М.М. и др. Висцеральная патология при бронхиальной астме по данным аутопсии // Тезисы научно-практической конф., посвящ. 30-летию ГНЦ Пульмонологии. — СПб., 1997. — С.125.
6. Шаповалова Т.Г., Кириллов М.М., Шашина М.М. и др. Внелегочная висцеральная сфера при неспецифических заболеваниях легких (нефрологические аспекты) // Материалы Всероссийского симпозиума. — Саратов, 1998. — С.59–60.
7. Шулуто Б.Н. Вторичные нефропатии. Клинико-морфологическое исследование. — Л.: Медицина, 1987.
8. Яковлев В.А., Куренкова И.Г. Легочное сердце. — СПб.: Мед. информ. агентство, 1996. — С.207–224.
9. Devereux R., Reichek N. // Circulation. — 1977. — Vol.55, N 4. — P.613–618.

Поступила 01.09.99

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2000

УДК 616.248-092

Н.А.Бушуева, Н.Ю.Сенкевич, А.С.Белевский, А.Г.Чучалин

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ КООПЕРАТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра госпитальной терапии педиатрического факультета РГМУ;
кафедра пульмонологии ФУВ РГМУ, НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва

Concretum pro abstracto*

COMPARATIVE ANALYSIS OF COOPERATION FACTORS FOR ASTHMA PATIENTS

N.A.Bushueva, N.Yu.Senkevich, A.S.Belevsky, A.G.Chuchalin

Summary

One of the most important tasks of the up-to-date medicine is to achieve a high level of cooperation (compliance) between a patient and healthcare initiatives. Majority of compliance evaluation methods are medical regimen oriented. Meanwhile a treatment progress is a complex of healthcare initiatives. Besides that at present time compliance evaluation does not consider availability of healthcare initiatives.

The target of this article is to analyze medical and social factors influencing the index of cooperation (IC) for asthma patients. IC is wider (than compliance) concept featuring level of a patient's desire and possibility to follow all doctor's recommendations.

For IC evaluation ICBA-50 questionnaire was used. It contains 50 questions assessing IC in accordance with 8 main criteria. Seventy three asthmatic out-patients were involved in this study.

It was established that a total IC (TIC) for the asthmatic patients was $65.66 \pm 1.60\%$. The most strong TIC correlation ($p < 0.001$) was revealed for the patients' initial cooperation level (InC), comprehension of a danger (CD), a level of knowledge (KN) and a level of the patients' satisfaction with the cooperation (S).

* От абстрактного к конкретному

A positive correlation was determined between TIC and objective spirometry data: % FEV₁ and %PEF ($p < 0.05$), and subjective asthma controllability level ($p < 0.01$). A positive correlation was also defined between TIC and the patients' age ($p < 0.001$), gender ($p < 0.01$), educational level ($p < 0.05$), occupation ($p < 0.05$), marital status ($p < 0.01$), number of family members ($p < 0.01$), family income ($p < 0.05$), and number of family members suffering from asthma ($p < 0.05$). A negative correlation between TIC and smoking index ($p < 0.01$), asthma duration ($p < 0.001$), and asthma treatment expenditures ($p < 0.01$) was established.

The current results allow to determine necessary doctor's actions directed to the optimization of the cooperation with patients according to his medical and social status.

Резюме

Одной из важнейших задач современной медицины является достижение высокой кооперативности (комплаенса) между пациентом и здравоохранительными инициативами. Большинство методов оценки комплаенса ориентировано исключительно на лекарственный режим, в то время как лечебный процесс предполагает целый комплекс здравоохранительных инициатив. Кроме этого, при оценке комплаенса не учитывается доступность врачебных инициатив, что актуально для отечественного здравоохранения.

Целью данной статьи было провести сравнительный анализ медико-социальных факторов, влияющих на индекс кооперации (ИК) больных бронхиальной астмой (БА). ИК – более широкое, чем комплаенс, понятие, которое отражает степень желания и возможности пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме.

Для оценки ИК применялся опросник ИкБа-50, состоящий из 50 вопросов, позволяющий количественно оценить ИК по 8 основным критериям, используя метод суммирования рейтингов. В исследовании приняло участие 73 пациента с БА, находящихся на амбулаторном ведении.

Было установлено, что общий ИК (ОИК) больных БА составляет $65,66 \pm 1,60\%$. Выявлена наиболее сильная корреляционная связь ($p < 0,001$) ОИК с уровнем исходной кооперативности пациента, осознанием им опасности, уровнем его информированности и со степенью удовлетворения пациента от кооперации. Обнаружена прямая корреляционная связь ($p < 0,05$) ОИК с объективными данными спирометрии (%FEV₁, %PEF) и с субъективной степенью контролируемости БА ($p < 0,01$). Выявлена прямая корреляционная связь ОИК с возрастом ($p < 0,001$), полом ($p < 0,01$), уровнем образования ($p < 0,05$), профессиональной занятостью ($p < 0,05$), семейным положением ($p < 0,01$), общей численностью семьи ($p < 0,01$), доходом семьи ($p < 0,05$) и с количеством членов семьи, страдающих БА ($p < 0,05$). Обнаружена обратная корреляционная связь ОИК с индексом курения ($p < 0,01$), длительностью БА ($p < 0,001$) и с затратами на лечение БА ($p < 0,01$).

Полученные результаты позволяют определить основные действия врача по оптимизации своего сотрудничества с пациентом, исходя из его медико-социального статуса.

Достижение наибольшей кооперативности между пациентом и врачом является сегодня важнейшей задачей медицины. Без решения этой задачи невозможно представить дальнейший прогресс здравоохранительных инициатив. Лечение любого заболевания предполагает наличие "обратной связи": врач—пациент—врач. Только будучи уверенным, что пациент соблюдает все рекомендации, врач может оценивать свою тактику и вносить в нее коррективы. Именно поэтому во всем мире сегодня самое пристальное внимание уделяется изучению основных причин, мешающих тесной кооперации врача и пациента [5].

В зарубежной литературе широко используется такое понятие как "*compliance*" (согласие, готовность, желание — англ.). Под комплаенсом принято понимать степень готовности пациента следовать врачебным рекомендациям. Несмотря на то, что сегодня имеется широкий выбор методов оценки комплаенса (табл.1), большинство из них ориентировано исключительно на соблюдение пациентом медикаментозного режима [6,7], что, на наш взгляд, значительно сужает рамки проблемы. Лечебный процесс предпола-

гает целый комплекс здравоохранительных инициатив, от точного выполнения которых напрямую зависит успех лечения. Так, например, в случае оценки комплаенса при бронхиальной астме (БА) следует учитывать не только соблюдение пациентом медикаментозного, но и противоаллергического режима, а также владение пациентом техникой ингаляции и методами самоведения и самоконтроля. Каждая из этих составляющих имеет важное значение и может существенно повлиять на эффективность лечения как положительно, так и отрицательно.

Кроме того, при оценке комплаенса не учитывается доступность здравоохранительных инициатив. Скорее всего, это объясняется неактуальностью данного показателя в условиях экономически развитого государства и при наличии эффективной системы медицинского страхования. Однако для отечественного здравоохранения доступность медицинской помощи является одним из основных условий эффективного сотрудничества врача и пациента. Ни одно, даже самое современное, лечение не окажет должного эффекта, если пациент не будет следовать врачеб-

Сравнительная характеристика основных методов оценки комплаенса

Метод	Точность	Контроль за соблюдением				Простота метода	Стоимость метода	Комментарии
		техники ингаляции	схемы приема	режима приема	дозировки			
Самосообщение: пациент сам информирует врача о степени соблюдения им рекомендаций	±	±	±	±	±	++++	—	Самый высокий риск переоценки
Ведение индивидуального дневника жалоб и данных пикфлоуметрии	+	—	+	+	±	++	++	Зависимость от владения пациентом методами самоведения и самоконтроля
Взвешивание ингалятора	++	—	—	+	+++	++	++	Ограничена возможность одновременного использования нескольких (запасных) ингаляторов
Ингаляторы со встроенным микропроцессором (Chronolog, Turbuhaler Inhalation Computer)	+++	+++	—	—	++++	±	+++	Отсутствие универсальных микропроцессоров, совместимых со всеми индивидуальными ингаляторами
Контроль уровня лекарства в крови и/или моче	++++	++++	+	+++	++++	±	++++	Инвазивный метод

ным рекомендациям в полном объеме или само лечение будет для него недоступным [2].

Более актуальным для отечественного здравоохранения понятием является индекс кооперации (ИК) — степень желанности и возможности пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме [1].

В НИИ пульмонологии МЗ РФ была разработана ситуационно-мотивационная модель формирования ИК [14], объединяющая в себе такие важные составляющие, как: осознание пациентом опасности, потребность пациента в безопасности, доступность медицинской помощи, выбор адекватной лечебной тактики, получение пациентом удовлетворения от проводимого лечения (рис.1). Только при соблюдении всех этих условий врач может рассчитывать на высокую кооперативность пациента и на максимально точное соблюдение им предписанного лечебного режима.

Целью данной работы было выявление и проведение сравнительного анализа основных медико-социальных факторов, влияющих на ИК больных БА.

В исследовании приняли участие 73 пациента, страдающих БА и находящихся на амбулаторном ведении (табл.2). Следует отметить, что все лица, включенные в исследование являлись жителями Москвы и посещали на момент исследования занятия в астма-школе. Диагноз БА был выставлен в соответствии с требованиями Совместного Доклада ВОЗ и Национального института Сердце, Легкие, Кровь (США) "Бронхиальная астма. Глобальная стратегия" и Руководства для врачей России "Бронхиальная астма. Формулярная система".

Для оценки ИК применялся специальный опросник "Индекс кооперации при бронхиальной астме" (ИкБа-50), представленный на 9-м Национальном Конгрессе по болезням органов дыхания [3]. Опросник ИкБа-50 содержит 50 вопросов, которые позволяют количественно оценить ИК по 8 основным критериям, используя метод суммирования рейтингов. Опросник рассчитан на пациентов от 14 лет и старше. Исследование проводилось с помощью формы "А" (самостоятельная работа) опросника ИкБа-50 в соответствии с предусмотренной методикой.

Критериями ИК по опроснику ИкБа-50 являются:

1. **Исходная кооперативность** (ИсхК) — степень изначальной готовности респондента к сотрудничеству. Чем выше ИсхК, тем сильнее желание респондента сотрудничать с врачом.

2. **Осознание опасности** (ОО) — степень осознанной респондентом опасности, обусловленной его основным заболеванием (БА). Чем выше ОО, тем большую опасность, по мнению респондента, представляет для его жизни БА.

3. **Потребность в безопасности** (ПБ) — сила сформированной у респондента потребности в собственной безопасности. Чем выше ПБ, тем сильнее респондент испытывает потребность в защите от БА.

4. **Информированность** (Инф) — степень информированности респондента об основных методах лечения и профилактики БА. Чем выше Инф, тем лучше респондент осведомлен об основных методах ведения БА.

5. **Доступность средств реализации** (ДС) — степень доступности медицинской помощи. Чем выше

ДС, тем больше средств для лечения и профилактики БА доступны респонденту.

6. **Текущая кооперативность (ТК)** — степень соблюдения респондентом текущих врачебных рекомендаций (на момент проведения опроса). Чем выше ТК, тем точнее респондент выполняет врачебные рекомендации, направленные на профилактику и лечение БА.

7. **Удовлетворение от кооперации (УК)** — степень удовлетворения респондента от выполнения им врачебных рекомендаций, направленных на профилактику и лечение БА. Чем выше УК, тем в большей степени респондент доволен текущим сотрудничеством с врачом.

8. **Общий индекс кооперации (ОИК)** — сводный показатель, характеризующий степень готовности и

возможности респондента следовать врачебным рекомендациям, направленным на профилактику и лечение БА. Чем выше ОИК, тем выше общая кооперативность респондента и тем выше вероятность того, что респондент будет и в дальнейшем следовать врачебным рекомендациям в полном объеме.

9. **Искренность (Ис)** — дополнительный критерий, отражающий степень искренности, с которой респондент отвечает на вопросы. Чем выше Ис, тем больше доверия вызывают ответы респондента на вопросы опросника.

Расчет критериев ИК проводился по предусмотренной опросником ИкБа-50 методике. Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием программы *STATGRAPHICS Plus 3.0*.

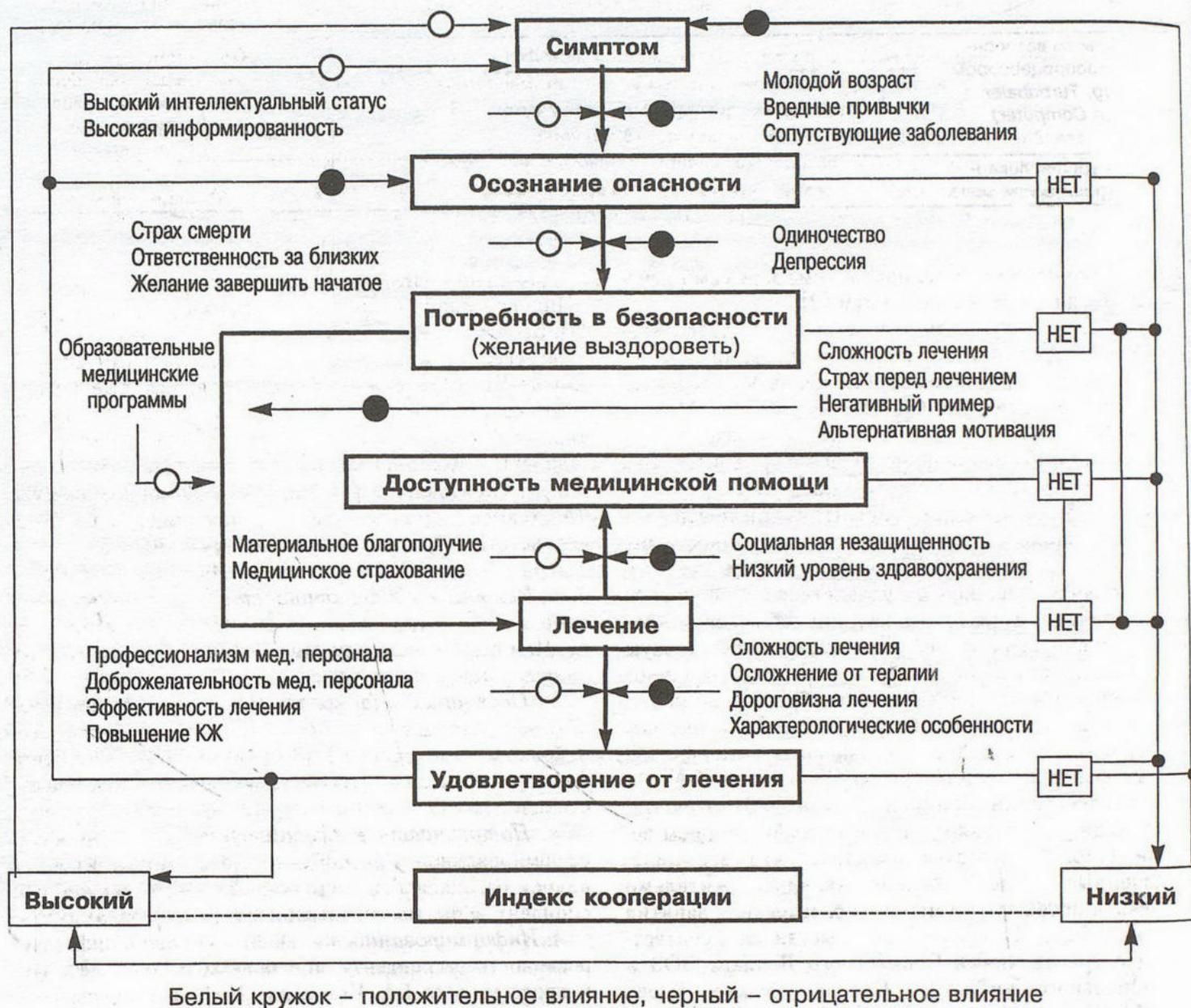


Рис. 1. Ситуационно-мотивационная модель формирования индекса кооперации в медицине

Общая характеристика респондентов (n=73)

Характеристики	Значение	Комментарии
Возраст / лет	43,52±3,43	
Пол	1,69±0,10	1 – мужской; 2 – женский
Образование	3,52±0,21	1 – н/среднее; 2 – среднее; 3 – н/высшее; 4 – высшее
Занятость	1,63±0,13	1 – не работает; 2 – работает
Семейное положение	1,86±0,22	1 – в браке не состоит; 2 – в браке состоит
Численность семьи / чел.	3,13±0,23	Члены семьи, ведущие совместное хозяйство
Доход семьи (субъективная оценка)	2,17±0,21	1 – низкий; 2 – ниже среднего; 3 – средний; 4 – выше среднего; 5 – высокий
рублей/месяц	1200±171,1	Сведения, указанные респондентом
Индекс курения (ИНК)	109,2±43,6	ИНК=СК x КС, СК – стаж курения/лет; КС – кол-во сиг/сут
Количество членов семьи, страдающих БА / чел.	1,74±0,09	Члены семьи, ведущие совместное хозяйство
Длительность БА / лет	11,48±2,09	
Затраты на БА: лекарства, консультации, исследования и пр. (субъективная оценка)	3,26±0,29	1 – отсутствуют; 2 – минимальные; 3 – умеренные; 4 – большие; 5 – очень большие
рублей/месяц	700,0±195,8	Сведения, указанные респондентом
Субъективная контролируемость БА / %	25,72±4,41	Оценка проводилась по методике опросника ИкБа-50, исходя из частоты использования бронхолитиков, частоты появления хрипов в грудной клетке, частоты ночных симптомов
% FVC	62,67±5,14	
%FEV ₁	51,56±4,68	
%PEF	53,07±5,49	

Были получены следующие результаты (табл.3):

1. Установлено, что ОИК больных БА составляет 65,66% ($\pm 1,6\%$).

2. Доказана прямая корреляционная связь ОИК больных БА и всех критериев ИК опросника ИкБа-50. Наиболее сильной ($p < 0,001$) связь ОИК была с критериями: ИсхК, ОО, Инф, УК.

3. Выявлена прямая корреляционная связь ОИК больных БА со следующими медико-социальными показателями: возраст ($p < 0,001$); пол ($p < 0,01$); образование ($p < 0,05$), занятость ($p < 0,05$), семейное положение ($p < 0,01$); общая численность семьи ($p < 0,01$); доход семьи ($p < 0,05$); число больных БА в семье ($p < 0,05$).

4. Обнаружена обратная корреляционная связь ОИК больных БА со следующими медико-социальными показателями: индекс курения ($p < 0,01$), длительность БА ($p < 0,001$), затраты на лечение БА ($p < 0,01$).

5. Обнаружена прямая корреляционная связь ОИК больных БА с объективными данными спирометрии (%FEV₁ и %PEF) и с субъективной степенью контролируемости БА.

Установленный уровень ОИК больных БА (65,66%) не противоречит данным зарубежных исследователей, которые определяют комплаенс при

астме в рамках — 43–68% [8,9,12,13]. Однако следует оговориться, что респонденты, принимавшие участие в представленном исследовании, являлись слушателями астма-школы. Сам факт посещения больным БА занятий в астма-школе или его участие в иных формах образования свидетельствует о высокой кооперативности. По имеющимся данным, комплаенс больных БА, задействованных в образовательных медицинских программах, превышает таковой у других пациентов почти в 2 раза [15]. Исходя из этого, можно ожидать, что ОИК у больных БА, не посещающих занятия в астма-школе, не будет превышать 33–35%. Хотя, безусловно, это требует подтверждения дальнейшими исследованиями. Кроме того, имеет значение тот факт, что все респонденты являлись жителями Москвы — мегаполиса с высоким уровнем организации здравоохранения, о чем свидетельствует показатель доступности медицинской помощи (ДС) равный 83,19%, находящийся в прямой корреляционной связи с ОИК ($r=0,48$; $p < 0,05$).

К сожалению, данных по другим городам и регионам России еще не достаточно чтобы делать окончательные выводы. Однако опрос, проведенный специализированным журналом для больных "Астма и ал-

лергия" (№ 1, 1999), в котором приняло участие 216 респондентов более чем из 20 областей, показал, что в целом по стране показатели "кооперативности" и "доступности" находятся значительно на более низком уровне, чем в Москве [4]. Так, только 20,3% респондентов заявили, что выполняют все врачебные рекомендации. Остальные признали, что следуют назначениям не в полном объеме. При этом только 22,1% опрошенных заявили, что все необходимые лекарства для лечения БА либо получают бесплатно либо в состоянии приобрести за собственные средства. Остальные разделились на две группы: 58,2% — не могут себе позволить приобретать необходимые средства; 19,7% — готовы покупать, но нужных лекарств нет в аптеке.

Ниже приведен сравнительный анализ основных корреляционных связей медико-социальных показателей и критериев ИК по опроснику ИкБа-50.

Исходная кооперативность пациента (ИсхК). В ходе исследования была установлена прямая корреляционная зависимость ИсхК с возрастом пациента ($r=0,42$; $p<0,05$), т.е. молодые люди, как правило, не склонны к тесному сотрудничеству с врачом.

Также обнаружено, что женщины исходно более кооперативны, чем мужчины ($r=0,56$; $p<0,01$), причем такая закономерность сохраняется до тех пор, пока заболевание не приводит к выраженным ограничениям социальной жизни мужчины. В этом отношении определенный интерес вызывает обратная корреляционная связь профессиональной занятости пациента и его ИсхК ($r=-0,39$; $p<0,05$). Работающий пациент имеет большее количество конкурирующих мотиваций, чем неработающий, что мешает ему сконцентрироваться на общении с врачом. Исключение составляет та работа, материальное и моральное удовлетворение от которой пациент напрямую ассоциирует с состоянием своего здоровья.

Говоря о мотивации, нельзя не отметить, что потребность в заботе о близких выступает в роли синергиста исходной кооперативности пациента, т.к. любое заболевание воспринимается им как угроза семейному (личному) благополучию. Это предположение подтверждает обнаруженная прямая корреляционная связь ИсхК пациента и его семейного положения ($r=0,51$; $p<0,01$) и численности его семьи ($r=0,57$; $p<0,01$). Причем, если в семье еще кто-

Таблица 3

Коэффициенты корреляции медико-социальных показателей и критериев ИК у больных БА

Медико-социальные показатели		Исх	ОО	ПБ	Инф	ДС	ТК	УК	ОИК	Ис
Возраст		0,42*	0,43*	0,01	0,01	0,52**	0,33	0,23	0,67***	0,63***
Пол		0,56**	0,01	0,42*	0,34	0,65***	0,83***	0,56**	0,51**	0,01
Образование		0,13	0,34	0,34	0,62**	0,42*	0,11	0,63***	0,39*	0,39*
Занятость		-0,39*	0,56**	0,65***	0,01	0,57**	0,58**	0,33	0,44*	0,23
Семейное положение		0,51**	0,10	0,46*	0,48*	0,43*	0,53**	0,59**	0,53**	-0,11
Численность семьи		0,57**	0,63***	0,11	0,29	0,15	0,58**	-0,18	0,56**	-0,34
Доход семьи		-0,20	0,51**	0,42*	0,63***	0,65***	0,41*	-0,64***	0,48*	0,65***
Индекс курения		-0,24	0,12	0,36	-0,82***	-0,76***	-0,25	-0,84***	-0,60**	0,51**
Число членов семьи с БА		0,51**	-0,05	0,40*	0,61**	-0,30	0,55**	0,46*	0,42*	-0,25
Длительность БА		0,63***	0,09	0,42*	0,52**	0,44*	0,65***	-0,66***	-0,64***	0,34
Затраты на БА		-0,31	-0,07	0,07	0,23	0,50*	-0,06	-0,52**	-0,51**	-0,62**
Контролируемость БА										
Субъективная		-0,57**	-0,41*	-0,21	0,47*	0,61**	0,56**	0,53**	0,58**	0,12
Объективная	%FVC	-0,26	-0,28	-0,58**	0,59**	0,52**	0,29	0,82***	0,33	0,17
	%FEV ₁	-0,32	-0,19	-0,56**	0,46*	0,36	0,39*	0,70***	0,39*	0,07
	%PEF	-0,45*	-0,67***	-0,61**	0,54**	0,48*	0,49*	0,55**	0,47*	-0,20
Критерии ИК										
ИсхК	61,28±1,97		0,67***	0,33	0,42*	-0,47*	0,58**	0,44*	0,83***	-0,42*
ОО	52,60±3,17	0,67***		0,55**	0,17	-0,03	0,65***	-0,14	0,66***	-0,41*
ПБ	61,90±3,06	0,33	0,55**		0,57**	0,39*	0,35	-0,69***	0,39*	0,07
Инф	70,62±1,62	0,42*	0,17	0,57**		-0,71***	0,45*	0,89***	0,63***	0,21
ДС	83,19±3,22	-0,47*	-0,03	0,39*	-0,71***		0,46*	0,79***	0,48*	0,33
ТК	73,23±1,54	0,58**	0,65***	0,35	0,45*	0,46*		0,46*	0,51**	-0,44*
УК	78,26±2,99	0,44*	-0,14	-0,69***	0,89***	0,79***	0,46*		0,67**	-0,21
ОИК	65,66±1,60	0,83***	0,66***	0,39*	0,63***	0,48*	0,51**	0,67***		0,41*
Ис	57,21±3,54	-0,42*	-0,41*	0,07	0,21	0,33	-0,44*	-0,21	0,41*	

Примечание. * — $p<0,05$; ** — $p<0,01$; *** — $p<0,001$

нибудь страдает БА, то это только укрепляет пациента в его стремлении следовать врачебным рекомендациям ($r=0,51$; $p<0,01$).

Обнаружена прямая корреляционная связь между длительностью БА и ИсхК ($r=0,63$; $p<0,001$). Можно было ожидать, что с течением времени у пациента усиливается осознание опасности, которую представляет для его жизни БА. Однако зависимость между двумя этими показателями не была обнаружена. Скорее всего, длительно существующее заболевание приносит пациенту больше субъективных страданий, что и определяет его высокую ИсхК.

Тем не менее нельзя не отметить парадоксальную связь длительности БА с такими показателями, как ИсхК, ТК и ОИК. С одной стороны, длительность заболевания напрямую влияет на исходную и текущую кооперативность пациента, с другой — была обнаружена обратная корреляционная связь ($r=-0,64$; $p<0,001$) с ОИК. Анализ полученных результатов позволяет утверждать, что основным препятствием к достижению высокого ОИК при длительно текущей БА является недостаточное получение пациентом удовлетворения от сотрудничества с врачом ($r=-0,66$; $p<0,001$). Таким образом, чем дольше пациент "находится в болезни", тем меньше удовлетворения он получает от здравоохранительных инициатив, тем сложнее ему оставаться в рамках предписанного врачом лечебного режима.

Определенный интерес представляет обнаруженная обратная связь ИсхК и ДС ($r=-0,47$; $p<0,05$). Во-первых, недостаточная доступность средств лечения и профилактики заболевания влияет на его течение. В настоящем исследовании была установлена обратная зависимость ИсхК и субъективной степени контролируемости БА ($r=-0,57$; $p<0,01$). То есть, чем хуже пациент себя чувствует, тем выше его исходное стремление к сотрудничеству с врачом. В равной степени такая связь обнаружена и с %PEF ($r=-0,45$; $p<0,05$). Во-вторых, высокая ДС укрепляет уверенность пациента в собственных силах, что уменьшает исходную потребность в сотрудничестве с врачом, и наоборот. Однако в дальнейшем, при недоступности основных средств ведения БА, не приходится рассчитывать ни на адекватную текущую кооперативность, ни на высокий ОИК.

Осознание пациентом опасности, которую представляет для его жизни БА (ОО). Так же, как и в случае с ИсхК, была выявлена прямая корреляционная связь ОО с возрастом пациента ($r=0,43$; $p<0,05$) и с численностью его семьи ($r=0,63$; $p<0,001$), а также обратная связь с субъективной степенью контролируемости астмы ($r=-0,41$; $p<0,05$) и с %PEF ($r=-0,67$; $p<0,001$).

Однако в отличие от ИсхК выявлена прямая корреляционная связь ОО и профессиональной занятости пациента ($r=0,56$; $p<0,01$). Пока рано говорить о причине этого явления, однако можно предположить, что работающий пациент острее осознает опасность,

которую представляет для его жизни БА, т.к. заболевание более активно вмешивается в его повседневную деятельность. Кроме того, не следует забывать о том, что многие пациенты боятся потерять работу из-за БА, что усиливает ОО. Тем не менее в силу все тех же конкурирующих мотиваций работающий пациент не склонен заострять свое внимание (равно как и внимание работодателя) на состоянии здоровья. И это мы часто видим на практике. Скорее всего, именно этим объясняется разнонаправленность корреляционных связей ИсхК и ОО с профессиональной занятостью. Возможно, дальнейшие исследования дадут исчерпывающий ответ на этот вопрос. Однако косвенно подтвердить высказанное предположение может обнаруженная прямая корреляционная связь уровня дохода семьи с ОО ($r=0,51$; $p<0,01$) и с ПБ ($r=0,42$; $p<0,05$). Риск потерять источник дохода укрепляет пациента в осознании опасности, которую представляет для его жизни БА.

Осознание опасности, равно как и потребность в безопасности, находятся в обратной связи с контролируемостью БА, как объективной, так и субъективной. После стихания клинической симптоматики у большинства пациентов ослабевает чувство опасности и, соответственно, уменьшается потребность в безопасности. Одно дело, когда речь идет об острых состояниях и исчезновении симптомов обычно характеризует выздоровление, и совсем другое — хронические заболевания, нуждающиеся в постоянном ведении. Проблема сохранения у пациентов, страдающих БА, осознания опасности и потребности в безопасности стоит весьма остро и от ее решения во многом зависит успех врача.

Потребность в безопасности (ПБ). Обнаружена прямая корреляционная связь ПБ и информированности пациента об основных методах ведения БА ($r=0,57$; $p<0,01$). Потребность побуждает человека к поиску путей ее реализации, в данном случае к изучению существующих методов лечения и профилактики БА, что, в свою очередь, приводит к накоплению информации.

Чем сильнее у пациента сформирована потребность в безопасности, тем большие цели он преследует в лечении, что затрудняет достижение удовлетворения от кооперации с врачом, т. е. имеется обратная связь ПБ и УК ($r=-0,69$; $p<0,001$).

Информированность пациента об основных методах ведения БА (Инф). Информированность пациента находится в прямой зависимости от его уровня образования ($r=0,62$; $p<0,01$) и от длительности БА ($r=0,65$; $p<0,001$). Кроме этого, обнаружено, что пациенты, имеющие семью, лучше информированы относительно основных методов лечения и профилактики БА ($r=0,48$; $p<0,05$), скорее всего, в силу более высокой потребности в безопасности. Также обнаружено, что наличие в семье других членов, страдающих БА, способствует повышению информированности пациента ($r=0,52$; $p<0,01$).

Другой интересной, но пока мало объяснимой находкой данного исследования стала обратная корреляционная связь Инф и индекса курения ($r=-0,82$; $p<0,001$). Было бы слишком оптимистично предполагать, что пациент курит именно из-за отсутствия информации и, что достаточно ему объяснить пагубность этой вредной привычки и он с ней расстанется. Скорее всего, у курильщиков срабатывает "защитный" рефлекс, обусловленный длительной осознанной агрессией на собственный организм: не восприятие действий, направленных на укрепление и сохранение здоровья [15]. Это не означает, что курящие пациенты не стремятся к выздоровлению, но, являясь личностями, склонными к саморазрушению, они подсознательно избегают здравоохранительных инициатив. В полной мере это относится и к восприимчивости медицинской информации.

Особое внимание заслуживает связь Инф с уровнем дохода семьи респондента ($r=0,63$; $p<0,001$). Легче всего было бы объяснить эту связь уровнем образования и особенностями интеллектуального статуса пациента с высоким достатком. Такого рода утверждения иногда встречаются в зарубежной литературе [10]. Однако, по нашему мнению, этот тезис глубоко ошибочен даже в условиях экономически развитого государства. Способности индивидуума и свобода их реализации лежат в разных плоскостях и далеко не всегда соответствуют друг другу. Другое дело, что уровнем дохода определяется доступность всей медицинской помощи, включая информацию (установлена прямая корреляционная связь ДС и уровня доходов семьи пациента: $r=0,65$; $p<0,001$). Чем выше доход пациента, тем больше источников информации ему доступны: медицинская литература, консультации специалистов из разных медицинских учреждений, включая коммерческие. Кроме этого, многие пациенты могут избирательно подходить к усвоению информации, исходя из своих возможностей. И, наконец, благополучие — это достаточно сильная мотивация к сохранению и укреплению своего здоровья, что подтверждается прямой корреляционной связью дохода и ПБ ($r=0,42$; $p<0,05$).

Чем больше информации о методах профилактики и лечения БА будет предоставлено пациенту, тем позитивнее это отразится на течении заболевания. Данный тезис подтверждает обнаруженная прямая корреляционная связь Инф и контролируемости БА, как объективной, так и субъективной.

Однако имеется и обратная сторона медали: чем выше Инф, тем ниже ДС ($r=-0,71$; $p<0,001$). Очевидно, что хорошо проинформированный пациент предъявляет повышенные требования к организации здравоохранения в целом. Например, если больной не знает о существовании пикфлоуметра, то он не будет пытаться его достать. Тем не менее это ни в коем случае не должно служить поводом для ограничения информации. Ошибочно считать, что пациенту необходимо предоставлять только ту информацию,

которой он в состоянии воспользоваться. Безусловно, лечебный план должен составляться с учетом возможностей больного и территориального здравоохранения, но самого пациента необходимо проинформировать обо всех существующих методах ведения заболевания. Только в этом случае можно рассчитывать на доверие пациента и на правильное понимание им сути врачебных рекомендаций. Информированность пациента напрямую определяет степень его удовлетворения от кооперации с врачом ($r=0,89$; $p<0,001$), что для достижения высокого ОИК гораздо важнее, чем влияние на этот показатель доступности основных методов ведения заболевания.

Доступность средств реализации (ДС). Доступность основных методов ведения БА. Обнаружена прямая корреляционная связь ДС с: возрастом пациента ($r=0,52$; $p<0,01$), уровнем его образования ($r=0,42$; $p<0,05$), профессиональной занятостью ($r=0,57$; $p<0,01$), уровнем достатка семьи ($r=0,65$; $p<0,001$), длительностью течения БА ($r=0,44$; $p<0,05$) и с уровнем затрат пациента на лечение БА ($r=0,50$; $p<0,05$).

Интересно, что среди женщин ДС выше, чем среди мужчин ($r=0,65$; $p<0,001$). Пока сложно дать оценку этому явлению. Однако тот факт, что женщины вообще показали более высокую кооперативность, позволяет предположить наличие у них более сильной, чем у мужчин, мотивации на выздоровление [11]. Вероятно, именно этой, биологически обусловленной, мотивацией можно объяснить и то, что женщины более целеустремленно изыскивают средства реализации своих потребностей.

Текущая кооперативность пациента (ТК). Анализируя связи ТК с основными медико-социальными показателями, можно сделать два главных вывода. Во-первых, на ТК прямое влияние оказывает общий семейный статус пациента: семейное положение ($r=0,53$; $p<0,01$), численность семьи ($r=0,58$; $p<0,01$), доход семьи ($r=0,41$; $p<0,05$), количество членов семьи, страдающих БА ($r=0,55$; $p<0,01$). Во-вторых, чем выше ТК, тем лучше контролируется БА, т.е. кооперативность пациента определяет течение БА.

Удовлетворение от кооперации (УК). Мы уже говорили о том, что чем большее удовлетворение приносит пациенту сотрудничество с врачом, тем продолжительнее и продуктивнее будут эти отношения. Поэтому следует еще раз перечислить основные препятствия, мешающие этому процессу: низкий уровень образования пациента; отсутствие семьи; низкий уровень дохода; вредные привычки, в том числе курение; длительность заболевания; большие затраты на лечение БА.

При этом достаточно интересным представляется связь доходов семьи и затрат на лечение со степенью искренности респондентов в ответах на вопросы опросника. Так, выявлена прямая корреляционная связь дохода и Ис ($r=0,65$; $p<0,001$). Это свидетельствует о том, что многие пациенты могут занижать уровень своего материального благополучия. С дру-

гой стороны, наличие обратной связи Ис и затрат на лечение БА ($r=-0,62$; $p<0,001$) не исключает завышения величины последних.

Общий индекс кооперации (ОИК). Выявленные связи ОИК и основных медико-социальных показателей позволяют нарисовать обобщенный портрет идеально кооперативного больного БА: женщина около 40 лет, с высшим образованием, работающая, замужняя, имеющая большую семью, некоторые члены которой так же, как и она, страдают астмой, живущая в достатке, некурящая, страдающая БА не более 5–7 лет и не тратящая на лечение больших средств.

Таким образом, в ходе исследования были выявлены основные медико-социальные факторы кооперативности больных БА. Данная работа является первым шагом в изучении такого важного критерия оценки тактики здравоохранения, каким является индекс кооперации. Не вызывает сомнения тот факт, что работы в этом направлении будут продолжены.

Выводы

1. Кооперативность больных является необходимым условием эффективного ведения БА.
2. Кооперативность больных БА напрямую зависит от их возраста, уровня образования, профессиональной занятости, семейного положения, численности семьи и от уровня дохода.
3. Курение и другие вредные привычки следует рассматривать как существенные препятствия к эффективному сотрудничеству пациента с врачом.
4. Кооперативность больных БА снижается по мере увеличения длительности заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сенкевич Н.Ю. Гуманистические принципы ведения бронхиальной астмы // Пульмонология— 1999.— Прил.: Бронхиальная астма. Формулярная система. (Руководство для врачей России).— С.34–40.
2. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Качество жизни — предмет научных исследований в пульмонологии // Тер. арх.— № 3.— С.36–41.
3. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Бушуева Н.А. Оценка индекса кооперации больных бронхиальной астмой // 9-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания: Тез.— М., 1999.— № I. С.161.
4. Сенкевич Н.Ю. Человек и лекарство: предпосылки к кооперации // Ремедиум.— 2000.— № 5.— С.56–61.
5. Chemlik F., Doughty A. Objective measurements of compliance in asthma treatment // Ann. Allergy.— 1994.— Vol.73.— P.527–532.
6. Cochrane G.M. Compliance in asthma: a European perspective // Eur. Respir. J.— 1995.— Vol.10, № 5.— P.116–119.
7. Cochrane G.M. Compliance in asthma // Eur. Respir. Rev.— 1998.— Vol.8, № 56.— P.239–242.
8. Harding J.M., Modell M. How patients manage asthma // J. Roy. Coll. Gen. Pract.— 1985.— Vol.35.— P.226–228.
9. James P.N., Anderson J.B., Prior J.G. et al. Patterns of drug taking in patients with chronic airflow obstruction // Postgrad. Med. J.— 1985.— Vol.61.— P.7–10.
10. Jarvis M.J. Psychological profile of complier versus noncomplier // Eur. Respir. Rev.— 1998.— Vol. 8, № 56.— P.250–254.
11. Jones P.W. Health status, quality of life and compliance // Ibid.— P.243–246.
12. Kinsman R.A., Dirks J.F., Dahlem N.W. Noncompliance to prescribed-as-needed medication use in asthma: usage patterns and patient characteristics // J. Psychosom. Res.— 1980.— Vol.24.— P.97–101.
13. Kleiger J.H., Jones N.F. Characteristics of alexithymic patients in chronic respiratory illness population // J. Nerv. Ment. Dis.— 1980.— Vol. 168.— P.465–470.
14. Senkevich N., Belevsky A., Chuchalin A. General motivation — situation model of compliance development in asthma // European Respiratory Society. Annual Congress: Abstracts.— Madrid, 1999.— № 3334.
15. Wilson S.R., Scamagas P., German D.F. A controlled trial of two forms of self-management education for adults with asthma // Am. J. Med.— 1993.— Vol.94.— P.564–576.

Поступила 06.04.2000