

Клиническая медицина

УДК 616-035.1

DOI 10.52246/1606-8157_2021_26_3_27

ВЛИЯНИЕ ИНФОРМИРОВАНИЯ О СОВЛАДАЮЩЕМ АДАПТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Е. А. Манюгина^{1*}, кандидат медицинских наук,
А. В. Бурских¹, доктор медицинских наук

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Недостаточная приверженность пациентов лечению, в том числе продолжение курения, являющееся следствием хронического стресса и использования неоптимальных стратегий совладания с ним, снижает эффективность лечения артериальной гипертонии (АГ).

Цель – изучение влияния информирования пациентов о совладающем адаптивном поведении на их приверженность лечению и контроль заболевания у курящих мужчин с АГ.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 102 курящих пациентов трудоспособного возраста с АГ, которые получали медикаментозную терапию в сочетании с терапевтическим обучением (ТО) по усовершенствованной (группа 1) или типовой программе (группа 2). Усовершенствование ТО в «Школе здоровья для пациентов с АГ» заключалось в дополнительном ознакомлении больных с особенностями персонального совладающего адаптивного поведения.

Результаты и обсуждение. После ТО пациенты группы 1 в два раза чаще реализовали стратегии адаптированного поведения, направленные на стабилизацию эмоционального состояния, и реже использовали стратегии, ориентированные на избегание. В этой группе прекратили курение или уменьшили число выкуриваемых сигарет 27 % пациентов (в группе 2 – 12 %, $p < 0,05$), у них повысилась приверженность модификации образа жизни, медицинскому сопровождению и лекарственной терапии.

Заключение. Ознакомление с особенностями совладающего адаптивного поведения в рамках комплексной терапии АГ способствует повышению приверженности медикаментозному и немедикаментозному лечению курящих мужчин с АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертония, приверженность лечению, терапевтическое обучение, курение.

*Ответственный за переписку (corresponding author): elenamanjugina@mail.ru

Приверженность лечению (комплаентность) – это степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача [4]. Достижение комплаенса – одно из важнейших условий успешного лечения АГ. Низкая приверженность лекарственной терапии, как правило, соотносится с низкой приверженностью в отношении немедикаментозных методов лечения АГ [9]. Значительная часть курящих мужчин с АГ имеет низкую приверженность лечению [10].

Один из методов повышения приверженности лечению – обучение больных в «Школе здоровья для пациентов с АГ». Результаты демонстрируют его достаточную эффективность, которая выражается в самоконтроле артериального давления (АД) и соблю-

дении рекомендаций по лечению АГ и изменению образа жизни [2, 5]. Но у 30 % пациентов обучение не дало эффекта [2]. Барьером для поведенческих изменений могут быть психологические факторы [3], в частности, неадаптивная реакция на стресс.

Стресс определяется как «реакция человека на любые события или требования, предъявляемые к нему и превосходящие возможности его адаптации» [19]. В последнее время курение рассматривается в качестве спонтанно сформировавшегося способа преодоления эмоционального дискомфорта, вызванного воздействием стресса [11, 12]. Установлено, что патогенное поведение (в частности, злоупотребление высококалорийными продуктами питания, курение и прием алкоголя, снижение физической активности) становится типичным явлением при хроническом стрессе [20].

Известно, что пациенты с высоким и очень высоким кардиоваскулярным риском в трудных жизненных ситуациях склонны уходить от решения проблемы, прибегая к отвлечению и снижению психоэмоционального напряжения через курение и пассивный отдых [1]. Для обозначения осознаваемых действий, выполняемых для преодоления и/или ослабления стрессовой ситуации, R. Lazarus и S. Folkman в 1984 г. предложили термин coping [19], который в русской психологической литературе переводится как «совладающее адаптивное поведение».

Описаны три механизма влияния совладающего адаптивного поведения на соматическое здоровье: посредством воздействия на нейрогормональные, иммунные, биохимические реакции; через риск развития патогенного поведения (табакокурения, нарушения питания, злоупотребления психоактивными веществами); через поведение, связанное с укреплением и сохранением здоровья (соблюдение диеты, поддержание достаточной физической активности и приверженность лечению) [18]. Таким образом, можно предположить, что освоение coping-стратегий пациентами с АГ может способствовать повышению приверженности медикаментозному и немедикаментозному лечению данного заболевания.

Известно, что у курящих мужчин с АГ доминирующим типом курительного поведения является «поддержка» при нервном перенапряжении, который встречается почти у половины пациентов, т. е. курение выступает как способ снижения эмоционального напряжения.

В программе «Школы здоровья для пациентов с АГ» не содержится четких рекомендаций по отказу от курения и по преодолению стресса [15]. Одновременно, по данным исследования РЕЛИФ, более 50 % пациентов с АГ хотели бы получить консультации по методам преодоления стресса [11]. В этой связи представляется актуальным изучение влияния информирования о возможных вариантах совладающего адаптивного поведения и его индивидуальных особенностях на приверженность лечению курящих пациентов с АГ.

Цель настоящего исследования – изучение влияния информирования пациентов о совладающем адаптивном поведении на их приверженность лечению и контроль заболевания у курящих мужчин с АГ

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иваново. Проведено обследование и лечение 102 курящих мужчин с АГ в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи при АГ.

Все пациенты получали медикаментозную терапию и обучались в «Школе здоровья для пациентов с АГ» по типовой или усовершенствованной программам. Выбор программы ТО был добровольным для всех пациентов и явился критерием для объединения в группы наблюдения. В группу 1 вошли 52 больных, избравших для освоения усовершенствованную программу ТО. В группу 2 были включены 50 человек, выразивших согласие на ТО по типовой структурированной программе. Средний возраст пациентов – $48,5 \pm 1,1$ года. Группы были сопоставимы по возрасту, давности АГ, стажу курения, медикаментозной терапии.

Приверженность лечению оценивалась по отказу от курения, модификации образа жизни, регулярности приема медикаментозной терапии (в категориях и в баллах); рассчитывали суммарный индекс приверженности лечению [8].

Оценивались частота использования пациентами с АГ стратегий совладающего адаптивного поведения и их направленность.

Усовершенствование типовой структурированной программы ТО заключалось в модификации занятия «Стресс и здоровье» путем ознакомления с основами персонального совладающего адаптивного поведения. В качестве организационной формы обучения была использована личностно-ориентированная модель [17].

Для определения используемых стратегий совладающего адаптивного поведения проводилось тестирование пациентов с использованием копинг-теста Лазаруса [7] для изучения направленности (ориентации) стратегий совладающего адаптивного поведения – методики С. Нормана [6].

Статистическая обработка результатов была проведена при помощи программы Microsoft Excel 2010. Статистическая значимость различий между двумя группами оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок, различий в одной группе в динамике – при помощи t-критерия Стьюдента для зависимых выборок. За критерий значимости различий принимали $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В обеих группах на протяжении всего исследования доминирующей направленностью стратегий совладающего адаптивного поведения была ориентация на решение задачи (табл. 1). Стратегии совладания, направленные на регуляцию переживаемых эмоций, имели существенно меньшую напряженность.

После ТО у пациентов группы 1, в отличие от группы 2, изменилась частота использования некоторых стратегий адаптированного поведения. Через шесть месяцев после ТО пациенты группы 1 в два раза чаще

Таблица 1. Динамика направленности стратегий совладающего поведения у пациентов на фоне комплексной терапии с включением терапевтического обучения

| Ориентация стратегии | Частота выбора стратегии, % | | | |
|----------------------|-----------------------------|------------|---------------------|-------------|
| | в начале исследования | | через шесть месяцев | |
| | группа 1 | группа 2 | группа 1 | группа 2 |
| На решение задачи | 88,8 ± 1,0 | 87,3 ± 1,2 | 89,2 ± 1,1 | 87,6 ± 0,7 |
| На эмоции | 23,3 ± 0,3 | 24,1 ± 0,3 | 45,1 ± 0,8 | 25,2 ± 0,6* |
| На избегание | 63,9 ± 1,1 | 65,7 ± 1,1 | 49,9 ± 0,9 | 63,8 ± 1,2* |

Примечание. * – статистическая значимость различий с аналогичным показателем группы 1, $p < 0,001$.

реализовали стратегии адаптированного поведения, направленные на стабилизацию эмоционального состояния, и реже использовали стратегии, ориентированные на избегание.

Статистически значимых различий в количестве выкуриваемых сигарет, индексе курения и степени никотиновой зависимости в группах не выявлено.

Однако в группе 1 прекратили курение 7 (13,5 %) пациентов и такое же число мужчин уменьшили количество выкуриваемых сигарет (в группе 2 – 2 (4 %) и 4 (8 %) соответственно) (табл. 2).

Динамика приверженности изменению образа жизни, лекарственной терапии и медицинскому сопровождению приведена в таблице 3.

Таблица 2. Динамика интенсивности табакокурения у пациентов с артериальной гипертонией на фоне комплексной терапии с включением терапевтического обучения

| Показатели | В начале исследования | | Через шесть месяцев на фоне комплексной терапии | |
|---|-----------------------|-------------|---|-------------|
| | группа 1 | группа 2 | группа 1 | группа 2 |
| Количество выкуриваемых сигарет в день, шт. | 5,48 ± 0,24 | 5,54 ± 0,19 | 4,56 ± 0,30 | 5,16 ± 0,23 |
| Индекс курения, пачка/лет | 4,69 ± 0,27 | 5,28 ± 0,26 | 4,20 ± 0,32 | 5,04 ± 0,29 |
| Степень никотиновой зависимости, баллы | 5,33 ± 0,19 | 5,30 ± 0,17 | 4,83 ± 0,31 | 5,18 ± 0,22 |
| Число пациентов, прекративших курение, абс./% | 0 | 0 | 7 (13,5) | 2 (4)* |
| Число пациентов, снизивших количество выкуриваемых сигарет в день, абс./% | 0 | 0 | 7 (13,5) | 4 (8)* |

Примечание. * – статистическая значимость различий с аналогичным показателем группы 1, $p < 0,05$.

Таблица 3. Динамика приверженности лечению пациентов с артериальной гипертонией на фоне комплексной терапии с включением терапевтического обучения

| Показатели приверженности | Оценка приверженности, баллы | | | |
|---|------------------------------|--------------|---|---------------|
| | в начале исследования | | через шесть месяцев на фоне комплексной терапии | |
| | группа 1 | группа 2 | группа 1 | группа 2 |
| <i>Индекс важности</i> | | | | |
| модификации образа жизни | 19,14 ± 0,48 | 19,75 ± 0,32 | 22,00 ± 0,71 | 20,60 ± 0,69 |
| лекарственной терапии | 18,52 ± 0,56 | 17,71 ± 0,46 | 18,58 ± 0,47 | 17,48 ± 0,42 |
| медицинскому сопровождению | 17,10 ± 0,52 | 16,48 ± 0,55 | 21,27 ± 0,61 | 18,18 ± 0,55* |
| лечению | 54,76 ± 0,96 | 53,94 ± 0,73 | 61,85 ± 1,09 | 56,26 ± 1,01* |
| <i>Приверженность</i> | | | | |
| модификации образа жизни | 19,56 ± 0,45 | 20,02 ± 0,36 | 23,77 ± 0,61 | 21,36 ± 0,78* |
| лекарственной терапии | 17,68 ± 0,49 | 17,81 ± 0,39 | 20,29 ± 0,47 | 18,30 ± 0,47* |
| медицинскому сопровождению | 19,06 ± 0,42 | 19,58 ± 0,64 | 25,90 ± 0,46 | 21,32 ± 0,64* |
| суммарный индекс приверженности лечению | 56,30 ± 0,72 | 57,40 ± 0,81 | 69,96 ± 0,97 | 60,98 ± 1,04* |
| <i>Индекс эффективности</i> | | | | |
| модификации образа жизни | 2,55 ± 0,09 | 2,35 ± 0,06 | 1,92 ± 0,10 | 2,30 ± 0,11* |
| лекарственной терапии | 2,99 ± 0,13 | 3,02 ± 0,10 | 2,54 ± 0,09 | 3,0 ± 0,11* |
| медицинскому сопровождению | 2,96 ± 0,11 | 3,06 ± 0,12 | 1,74 ± 0,06 | 2,56 ± 0,12* |
| лечению (ожидаемой) | 2,84 ± 0,08 | 2,80 ± 0,05 | 2,20 ± 0,06 | 2,70 ± 0,07* |

Примечание. * – статистическая значимость различий с аналогичным показателем группы 1, $p < 0,001$.

Через шесть месяцев после ТО у пациентов группы 1 сформировалось осознание важности медицинского сопровождения и лечения, что реализовалось в большую приверженность модификации образа жизни, лекарственной терапии и медицинскому сопровождению по сравнению с пациентами группы 2.

В соответствии с рекомендациями автора методики [8] по специальным формулам рассчитывались синтетический индекс «ожидаемой эффективности модификации образа жизни», индекс «ожидаемой эффективности лекарственной терапии» и индекс «ожидаемой эффективности врачебного сопровождения», на основании которых вычислялся индекс «ожидаемой эффективности лечения», лучшее потенциально возможное значение которого приравнивалось к 1 баллу. Высокой ожидаемости эффективности терапии соответствует значение 1–2 балла, удовлетворительной — от 2 до 4 баллов. Рассчитанная таким образом ожидаемая эффективность модификации образа жизни в группе 1 оказалась высокой, в группе 2 – удовлетворительной. Ожидаемая эффективность врачебного сопровождения у пациентов группы 1 также высокая, у пациентов группы 2 – удовлетворительная. Эффективность лекарственной терапии определена как удовлетворительная в обеих группах, однако у пациентов группы 1 значения индекса в баллах были статистически ниже, чем у пациентов группы 2 (соответственно $2,54 \pm 0,09$ и $3,00 \pm 0,11$ балла ($p < 0,01$).

Более высокая приверженность пациентов группы 1 нашла отражение и в регулярности медикаментозной терапии: значимо увеличилась доля лиц, регулярно принимающих назначенную терапию: 44 (84,6 %) против 35 (70 %) ($p < 0,05$). В группе лиц, обучавшихся по типовой программе, было достоверно больше пациентов, принимающих медикаментозные препараты только «при ухудшении» самочувствия (13 (26 %) против 7 (13,5 %), $p < 0,05$).

Повышение приверженности немедикаментозному и медикаментозному лечению АГ способствовало увеличению доли лиц, достигших целевого АД: у 36 (69,2 %) пациентов группы 1 и у 23 (46 %) – группы 2 ($p < 0,05$).

В группе 1 зафиксировано большее число отказов от курения, что определило более существенное снижение суммарного кардиоваскулярного риска – с $8,90 \pm 0,96$ до $4,96 \pm 0,62$ % – по сравнению с показателями пациентов группы 2 (с $9,02 \pm 0,90$ до $7,06 \pm 0,92$ %).

Таким образом, результаты проведенного исследования продемонстрировали улучшение результатов ТО у курящих мужчин-гипертоников при ознакомлении их с возможностями совладания со стрессом. В основу усовершенствования методики ТО легло предположение, что информирование о возможностях использования разных вариантов совладающего адаптивного поведения позволит адекватнее реагировать на различные бытовые и производственные стрессовые ситуации, а также сам факт наличия заболевания. Обучение по усовершенствованной программе способствовало осознанию пациентами используемых стратегий поведения. После обучения совладающее адаптивное поведение обученных пациентов характеризовалось более частым обращением к социальной среде для получения помощи в стрессовой ситуации, а также планированием действий, способствующих разрешению стрессовой ситуации, и одновременным уменьшением частоты попыток отстранения от возникших проблем. Прошедшие обучение пациенты с АГ по частоте реализации эмоционально ориентированных стратегий совладающего адаптивного поведения и стратегий поиска социальной поддержки приближаются к некурящим лицам с АГ [9]. Владение информацией обо всех вариантах совладающего адаптивного поведения способствует снижению нервного перенапряжения и повышению приверженности медикаментозному и немедикаментозному лечению.

Выводы

1. Включение информирования об особенностях совладающего адаптивного поведения в программу ТО способствует более частому применению пациентами методов социальной поддержки в стрессовой ситуации, а также более частым планированием действий, способствующих разрешению стрессовой ситуации и уменьшению попыток отстранения от проблем.
2. Включение информирования об особенностях совладающего адаптивного поведения в программу ТО курящих пациентов способствует повышению приверженности рекомендациям по модификации образа жизни, лекарственной терапии, медицинскому сопровождению.
3. Информирование пациентов с АГ об особенностях совладающего адаптивного поведения в рамках комплексной терапии с включением ТО улучшает контроль АГ у курящих пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: учебно-методическое пособие. Санкт-Петербург: Речь. 2010:192.
2. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С. Оценка эффективности работы школы гипертоников на уровне первичного звена здравоохранения. Профилактическая медицина. 2012;3:7-15.
3. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016). Российский кардиологический журнал. 2017;146(6):7-85.
4. Конради А.О., Полуночева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции. Артериальная гипертензия. 2004;10(3):137-143.
5. Концевая А.В., Калинина А.М., Спивак Е.Ю. Социально-экономическая эффективность «Школ здоровья» для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2008;2:3-8.
6. Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. Кострома: Авантитул. 2010:64.
7. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ). Журнал практического психолога. 2007;3:93-112.
8. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия. Москва: Изд. дом Академии естествознания. 2015:177.
9. Погосова Г.В., Белдова Ю.С., Рославцева А.Н. Приверженность к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевой элемент снижения сердечно-сосудистой смертности. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007;1:99-104.
10. Алимova Н.А., Шарипова Х.Е., Султонов Х.С., Негматова Г.М., Сохибов Р.Г. Приверженность мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной артериальной гипертензией к выполнению врачебных рекомендаций. Вестник Авиценны. 2015;3:71-76.
11. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Белова Ю.С., Выгодин В.А., Соколова Я.В. РЕЛИФ – Регулярное Лечение И профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть I. Кардиология. 2007;47(5):58-66.
12. Трифонова Е.А. Табакокурение как способ совладания со стрессом у лиц молодого возраста. Клиническая психология в здравоохранении и образовании: материалы международной конференции, Москва, 24–25 ноября 2011 г. Москва: МГМСУ. 2011:181-187.
13. Ушакова С.Е. Внедрение системы терапевтического обучения – новое направление повышения эффективности лечения больных артериальной гипертензией в амбулаторной практике. Вестник Ивановской медицинской академии. 2009;4:36-39.
14. Ушакова С.Е., Концевая А.В., Княжевская О.В., Концевая Т.Б., Назарова О.А., Калинина А.М. Эффект терапевтического обучения пациентов с артериальной гипертензией на приверженность лечению. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005;4:32-35.
15. Школа здоровья: артериальная гипертензия: руководство для врачей; под ред. Р.Г. Оганова. Москва: ГЭОТАР-Медиа 2008:188.
16. Шупина М.И., Кореннова О.Ю., Логинова Е.Н. Клинико-экономическая эффективность профилактического консультирования пациентов молодого возраста с артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2013;9(1):48-55.
17. Якиманская, И.С. Технология личностно-ориентированного образования. Москва: Сентябрь;2000:176.
18. Lazarus R.S. Psychological Stress and the Coping Process. New York; 1966.
19. Lazarus R.S., Folkman S. Stress Appraisal and Coping. New York;1984.
20. Ng DM, Jeffery RW. Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. Health Psychology. 2003;22:638-642.

INFLUENCE OF KNOWLEDGE LEVEL UPON COPING ADAPTIVE BEHAVIOR ON THE ADHERENCE TO TREATMENT IN SMOKING PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

E. A. Manyugina, A. V. Bursikov

ABSTRACT Insufficient adherence to treatment in patients including continued smoking which is chronic stress consequence and the usage of suboptimal coping strategies decreases the efficacy of arterial hypertension (AH) treatment.

Objective – to study the influence of knowledge level upon coping adaptive behavior on their adherent to treatment and disease monitoring in smoking men with AH.

Material and methods. 102 smoking patients of working age with AH were examined and cured, they received medication therapy in combination with therapeutic education (TE) by advanced program (1 group) or by typical program (group 2). TE improvement at “Health school for patients with AH” consists in supplementary acquaintance of patients with the peculiarities of personal coping adaptive behavior.

Results and discussion. After TE patients of group 1 realized adaptive behavior strategies which were directed to emotional state stabilization twice as often and used the strategies which were oriented to avoidance rarely. 27 % patients in this group stopped smoking or decreased the number of smoked cigarettes (in group 2 – 12 %, $p < 0,05$), their adherence to life style modification, medical support and medication therapy increased.

Conclusion. The acquaintance with the peculiarities of coping adaptive behavior in the frames of AH complex therapy promotes the increase of adherence to medication and non-medication therapy in smoking men with AG.

Key words: arterial hypertension, adherence to treatment, therapeutic education, smoking.