

УДК:616.72-002.77-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Н.И. Коршунов, Е.В. Большакова, А.С. Ильичева
Государственная медицинская академия, Ярославль

Резюме.

Цель. Оценить влияние образовательных программ на уровень знаний больных РА о болезни, готовность к сотрудничеству с врачом, показатели качества жизни (КЖ), эффективность терапии и отношение к заболеванию.

Материал и методы. Обследовано 103 женщины с РА, разделенных на группу контроля, "пассивную" школу, "активную" школу и группу с индивидуальным обучением (33, 21, 29 и 20 человек, соответственно). В динамике при выписке и через 12 мес оценивались: 10 тестовых заданий и врачебная оценка знаний пациентов; "Индекс жизненной удовлетворенности" (Н.В. Панин); визуальная аналоговая шкала оценки КЖ; самооценка "здоровья и счастья" (Дембо-Рубинштейн); "Уровень социальной фрустрированности" и "тип отношения к болезни" (СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева); готовность к сотрудничеству с врачом (оригинальный опросник).

Результаты. В группах с "активной" школой и индивидуальным обучением отмечены достоверно ($p < 0,001$) более высокие результаты тестового контроля и врачебной оценки знаний по сравнению с группой контроля и "пассивной" школой. Коллегиальная врачебная оценка эффективности терапии установила наличие достоверной ($r = 0,29$; $p < 0,05$) связи эффективности лечения и формы донесения информации. Связь динамики показателей КЖ с формой обучения по всем методикам была достоверной. Аналогичные результаты получены и при оценке влияния метода обучения на готовность больного к сотрудничеству с врачом ($r = 0,45$; $p < 0,05$). В группах "активной" школы и с индивидуальным обучением значительно возросло число пациентов, регулярно занимающихся лечебной гимнастикой.

Заключение. Подтверждается целесообразность целенаправленной и систематической информационной работы с больными. Активные формы обучения и углубленная индивидуальная работа с больными способствуют наилучшим результатам.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, образование пациентов.

В последние годы образованию больных как фактору, имеющему существенное значение в успешности терапии, придается очень большое значение. Созданные обучающие программы для пациентов с сахарным диабетом, бронхиальной астмой, гипертонической болезнью и с другими нозологиями доказали свою эффективность. Учитывая это, можно предположить, что организация подобных обучающих программ для пациентов будет актуальна и при большинстве ревматических заболеваний (РЗ). Вместе с тем существующая противоречивость мнений о большей пользе или вреде информации, ее полноте и методах донесения до больного не позволяет в настоящее время однозначно говорить о ее целесообразности во всех случаях.

В нашей работе мы преследовали цель оценить влияние различных образовательных программ на уровень знаний больных ревматоидным артритом (РА) о своем заболевании, их готовность к сотрудничеству с врачом, а также на показатели качества жизни (КЖ), отношение пациентов к своему заболеванию и эффективность терапии.

Материал и методы

Обследовано 103 больных РА, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Ярославской областной клинической больницы. Все больные были женщины, средний возраст которых составил $51,37 \pm 1,13$ лет. Средняя длительность заболевания - $11,96 \pm 0,89$ лет.

В процессе лечения все больные были разделены на 4 группы: группу контроля и три группы пациентов, с которыми проводились занятия в школе для больных (РА) по

различным обучающим методикам. Последние мы условно назвали "пассивная" школа, "активная" школа и индивидуальное обучение. Отбор в группы был случайным. Группу контроля (1) составили 33 пациентки, с которыми специальной информационной работы не проводилось. С ними было "обычное" врачебное общение, то есть больные могли получать интересующую их информацию о своей болезни со стороны лечащего врача, другого медперсонала, а также от окружающих лиц. 2-ая группа - 21 человек, это пациентки, с которыми проводилась короткая 5-6 часовая образовательная программа (4 занятия по 1-1,5 часа) в виде специальных бесед (лекций) с преимущественно пассивной формой донесения информации ("пассивная" школа). Для 3-ей группы больных, обучающихся в "активной" школе и состоящей из 29 человек, число занятий было увеличено до 8-10, а продолжительность каждого занятия составляла 1,5 - 2 часа. На занятиях больные побуждались к активному обсуждению проблем, связанных с заболеванием. Занятия включали ту же тематику, что и во 2-ой группе, но эта информация преподносилась в ходе активного разбора на примерах больных, входящих в состав каждой подгруппы, в связи с чем занятия были "закрытыми" (по аналогии с "закрытыми" психотерапевтическими группами). 4-ая группа - это 20 человек, с которыми проводилась информационная работа по индивидуальной программе. Продолжительность каждого занятия, как и в "активной" группе, составляла 1,5 - 2 часа, а их общее количество 8 - 10. С больными также проводились беседы по общей тематике и обсуждались интересующие их вопросы, связанные с заболеванием.

Тематика занятий была общей для всех групп пациентов, обучающихся в школах, и включала: 1) причины и суть болезни, ее симптомы; 2) лабораторные, инструментальные и рентгенологические методы исследования; 3) ЛФК, мето-

ды по защите суставов; 4) физиотерапия, санаторно-курортное лечение; 5) медикаментозное лечение; 6) диетические мероприятия, нетрадиционные и народные средства лечения, локальная терапия; 7) психологические и социальные аспекты заболевания.

Группы больных были сопоставимы по возрасту, длительности и тяжести заболевания и, кроме того (что весьма важно!), - по образовательному цензу пациентов.

Ко всем пациентам при поступлении и перед выпиской применялись методики, оценивающие их знания (с помощью 10 тестовых заданий и врачебной оценки осведомленности больного о своем заболевании); готовность к сотрудничеству с врачом (по специально разработанному нами опроснику); отношение больных к своему заболеванию (по методике ТОБОЛ - СПБНИПНИ им. В.М.Бехтерева), а также КЖ пациентов, которое оценивалось с использованием таких методик, как "Индекс жизненной удовлетворенности" (Н.В.Панин), пятибалльная шкала самооценки "здоровья и счастья" (модификация методики Дембо-Рубинштейн), визуальная 10 см аналоговая шкала (ВАШ) оценки КЖ. Кроме этого, проводилась оценка клинических параметров (субъективная оценка больным и врачом эффективности терапии, показатели активности болезни, суставной индекс, модифицированная Станфордская анкета оценки здоровья (МСАО3)). Ряд показателей оценивался в динамике через 12 мес: "выживаемость" знаний с помощью 10 тестовых заданий, готовность к сотрудничеству с врачом, КЖ пациентов (с использованием опросника "Уровня социальной фрустрированности" - СПБНИПНИ им. В.М.Бехтерева), продолжительность утренней скованности, интенсивность боли (в баллах), тест Лее и применение больными лечебной гимнастики в течение года.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов вариационной статистики с вычислением средних арифметических величин и стандартной ошибки средней величины. Кроме того, проводили двухфакторный дисперсионный анализ неравномерных комплексов для качественных признаков, а также корреляционный анализ с вычислением коэффициента сопряженности Пирсона.

Результаты

Анализ результатов эффективности информационной работы с больными (оценка полученных знаний о болезни) в зависимости от программы обучения показал, что по исходным данным группы больных существенно не различались. Однако при выписке конечные результаты тестового контроля и врачебной оценки знаний в группах с "активной" школой и индивидуальным обучением оказались достоверно выше ($p < 0,001$), чем в группах без специального обучения и в "пассивной" школе, что отражено в табл. 1. Врачебная оценка выявила также достоверные ($p < 0,05$) различия между контрольной группой (без обучения) и "пассивной" школой, а также между последней и другими формами донесения информации ($p < 0,05$). Только лишь "активная" школа и индивидуальное обучение дали достоверный прирост знаний в тестовом задании. Аналогичная

динамика отмечалась и при анализе "выживаемости" знаний пациентов через 12 мес после обучения. Подтверждением того, что время обучения и методика его проведения существенно влияют на результат, является и динамика количества больных с разной мерой успешности - безуспешности обучения (табл. 2). Рассчитав в соответствии с этими данными коэффициент сопряженности Пирсона (r), мы получили статистическое подтверждение тому, что связь между успешностью обучения и методиками донесения информации до больного самая тесная ($r = 0,50$; $p < 0,05$). Примерно на том же уровне эта связь сохранялась и в динамике через 12 мес ($r=0,48$; $p<0,05$).

С помощью двухфакторного дисперсионного анализа неравномерных комплексов для качественных признаков мы попытались оценить силу влияния (иначе, вклад) различных факторов на достижение успешности обучения (учитывалось количество пациентов с достижением 70% порога успешности выполнения тестового задания). Данные представлены в табл. 3. Как видно из этой таблицы, вклад формы донесения информации в успешность обучения наибольший, и роль данного фактора вне конкуренции с другими. В то же время подтверждается существенное значение в этом длительности болезни, возраста, уровня образования и информированности больного, а также некоторых комбинаций перечисленных факторов.

Меняется ли каким-то образом непосредственный клинический эффект с повышением уровня знаний пациентов о своей болезни в связи с проводимой информационной работой? Мы не смогли получить убедительных однозначных результатов. Хотя заметной достоверной разницы между группами не установлено, стал очевидным тот факт, что показатели эффективности терапии в группах с любой из форм информационной работы лучше, чем в группе больных без обучения. Наиболее показательным это иллюстрирует динамика болевого синдрома. Коллегиальная врачебная оценка установила наличие связи эффективности лечения и формы информационной работы с больными, что иллюстрирует табл. 4 (коэффициент сопряженности Пирсона $r = 0,29$; $p < 0,05$). Оценка клинических параметров не выявила значимых различий между группами и через год после обучения.

Как влияют различные формы информационной работы с больными на некоторые субъективные показатели КЖ? Анализ средних величин этих показателей до и после лечения в группах показал, что они существенно не различаются, хотя процентный прирост КЖ был заметно выше у лиц в "активной" школе и при индивидуальном обучении. Мы проанализировали не средние величины, а динамику числа случаев с изменением КЖ в ту или иную сторону, и увидели, что влияние методов донесения информации о болезни на эти изменения в ряде случаев оказалось весьма существенным. Так, для "Индекса жизненной удовлетворенности" в целом коэффициент сопряженности числа случаев с изменением КЖ с формой информационной работы оказался на уровне достоверного ($r = 0,30$; $p < 0,05$). Наилучшие результаты были достигнуты в "активной" шко-

Таблица 1.

Результаты тестовых заданий и врачебная оценка знаний пациентов РА о своей болезни в зависимости от формы донесения информации

Группы больных	n	Оценка тестового задания		Врачебная оценка	
		Поступление	Выписка	Поступление	Выписка
1. Без обучения	33	4,0±0,29	4,7±0,29	2,3±0,08	2,5±0,08
2. «Пассивная» школа	21	4,3±0,41	5,9±0,53	2,5±0,12	3,0±0,12*
3. «Активная» школа	29	4,0±0,33	7,4±0,28***	2,6±0,09	3,6±0,14***
4. Индивидуальное обучение	20	3,4±0,43	7,3±0,25***	2,5±0,12	3,6±0,12***

* $p<0,05$; *** $p<0,001$

Таблица 2.

Связь динамики знаний о болезни с формой обучения пациентов

Группа больных РА	n	Итоговая оценка знаний					
		Повышение		Без изменений		Понижение	
		n	%	n	%	n	%
1. Без обучения	33	17	51,5	11	33,3	5	15,5
2. «Пассивная» школа	21	14	66,7	4	19,0	3	14,3
3. «Активная» школа	29	28	96,5	1	3,4	0	0,0
4. Индивидуальное обучение	20	19	95,0	1	5,0	0	0,00
Все больные	103	68		17		8	

r=0,50; p<0,05

Таблица 3.

Сила влияния (η^2) некоторых факторов на достижение успешности обучения пациентов

Факторы	η^2	F
Форма донесения информации	0,261	40,600***
Длительность РА	0,105	6,265*
Форма донесения информации и уровень образования	0,087	6,200*
Форма донесения информации и информационная активность больного	0,078	6,087*
Уровень образования	0,064	4,550*
Возраст	0,057	6,840*
Уровень образования и информационная активность больного	0,036	1,973
Информационная активность больного	0,036	2,773
Возраст и длительность РА	0,034	2,010

*p<0,05; *** p<0,001

Таблица 4.

Связь эффективности терапии (по коллегиальной врачебной оценке) и формы информационной работы с больными

Группы больных	n	Эффект терапии					
		0	%	+	%	++	%
1. Без обучения	33	5	15,2	26	78,8	2	6,0
2. «Пассивная» школа	21	1	4,8	15	1,4	5	23,8
3. «Активная» школа	24	0	0,0	21	87,5	3	12,5
4. Индивидуальное обучение	20	1	5,0	15	75,0	4	20,0
Все больные	98	7		77		14	

r=0,29; p<0,05

Таблица 5.

Связь динамики готовности к сотрудничеству с врачом пациентов и формы донесения информации

Группы больных РА	n	Готовность к сотрудничеству					
		Снижение		Без изменений		Повышение	
		n	%	n	%	n	%
1. Без обучения	27	8	29,6	17	63,0	2	7,4
2. «Пассивная» школа	21	5	23,8	8	38,1	8	38,1
3. «Активная» школа	29	5	17,2	11	37,9	13	44,8
4. Индивидуальное обучение	20	0	0,0	5	25,7	15	75,0
Все больные	97	18		41		38	

r=0,45; p<0,05

Связь динамики показателя уровня социальной фрустрированности с формой донесения информации

Таблица 6.

Группы больных РА	n	Уровень социальной фрустрированности					
		Снижение		Без изменений		Повышение	
		n	%	n	%	n	%
1. Без обучения	28	12	42,9	12	42,9	4	14,2
2. «Пассивная» школа	17	3	41,2	7	41	7	41,2
3. «Активная» школа	21	6	28,6	10	47	5	23,8
4. Индивидуальное обучение	14	1	7,1	4	28,6	9	64,3
Все больные	80	22		33		25	

r=0,39; p<0,05

Число больных, занимавшихся лечебной физкультурой (ЛФК) в течение года до обучения (1) и после обучения (2).

Таблица 7.

		Без обучения n=28		«Пассивная» школа n=18		«Активная» школа n=21		Индивидуальное обучение n=14	
ЛФК общая									
не занимались:	1	12		4		5		6	
	2	11	-3,5	5	+5,6	2	-14,3	2	-28,6
занимались редко:	1	8		12		9		6	
	2	11	+10,7	10	-11,1	10	+4,7	7	+7,1
занимались часто:	1	8		2		7		2	
	2	6	-7,2	3	+5,5	9	+9,6	5	+21,5
r=0,41; p<0,05									
ЛФК для кистей									
не занимались:	1	8		6		6		8	
	2	8	0,0	3	-16,6	7	-23,8	3	-35,8
занимались редко:	1	14		9		12		5	
	2	9	-17,9	12	+16,6	7	-23,8	4	-7,1%
занимались часто:	1	6		3		3		1	
	2	11	+17,9	3	0,0	13	+47,6	7	+42,9
r=0,40; p<0,05									

ле и при индивидуальной работе с больными. Анализ динамики случаев самооценки "здоровья и счастья" и ВАШ оценки изменения КЖ также показал преимущества в этих группах больных.

Меняется ли отношение к болезни в процессе лечения больных РА при использовании различных методов информационной работы? Достоверности различий между динамикой по усредненным профилям отношения к болезни в группах больных не наблюдалось. Однако при анализе не средних величин той или иной составляющей (того или иного типа) в профиле отношения к болезни, а частоты случаев уменьшения или увеличения этой составляющей в каждой клинической группе, роль работы с больными на изменение понимания внутренней картины болезни в ряде случаев становится очевидной. При этом наиболее предпочтительны, по-видимому, два варианта такой работы: "активная" школа и длительная индивидуальная информационная работа с больным. В первом случае наиболее часто достигается гармоничность в отношении пациента к болезни в сочетании с реальным взглядом на ситуацию (уменьшение анозогнозии).

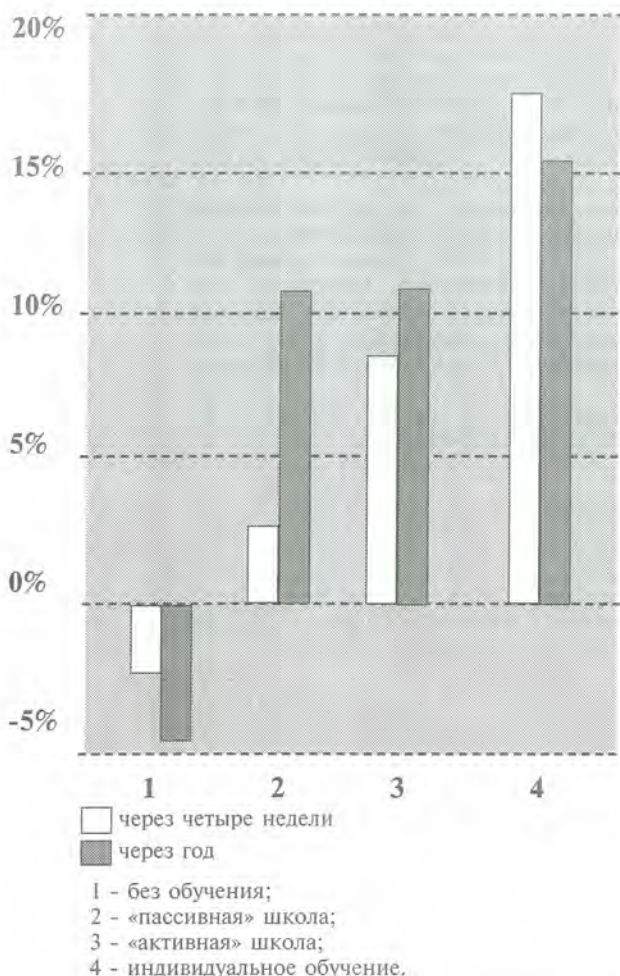
В целом активная обучающая работа с больным в группе по влиянию на интерпсихические формы реагирования действует противоположно индивидуальной работе - она может активировать сенситивность, эгоцентричность и агрессивность. Зависимость такой динамики интерпсихического реагирования на болезнь от формы обучения в этих двух группах существенная ($r = 0,38$; $p < 0,05$), так же как и в целом с учетом всех клинических групп ($r = 0,30$; $p < 0,05$). При индивидуальной работе с больными гораздо чаще наблюдается снижение тревожных и депрессивных реакций. "Пассивная" школа по влиянию на внутреннюю картину болезни не отличалась от тех лиц, с которыми специальной информационной работы не проводится.

Всем известно, что чем выше ответственность пациента за состояние своего здоровья и его доверие к врачу, а также настрой больного на сотрудничество с ним, тем лечебно-реабилитационный процесс оказывается более эффективным. В нашей работе мы попытались оценить, как влияют различные методы обучения на готовность пациентов РА к сотрудничеству с врачом. Как видно на рис., динамика этого показателя нарастает по мере увеличения интен-

сивности и продолжительности информационной работы с больными. В группе больных, с которыми специальной информационной работы не проводилось, отмечается снижение данного показателя. При этом исходные величины готовности сотрудничества с врачом в группах статистически не различались, колеблясь от $19,8 \pm 1,29$ при индивидуальном обучении до $22,2 \pm 1,02$ в группе пациентов, с которыми информационной работы не проводилось.

Хотя мы не получили достоверно значимых результатов при анализе средних величин показателя готовности к сотрудничеству больных с врачом, связь числа случаев с различной динамикой этого показателя в зависимости от формы обучения оказалась достоверной ($r=0,45$; $p < 0,05$), что иллюстрирует табл.5. Эта связь оставалась примерно на том же уровне ($r = 0,41$; $p < 0,05$) и через 12 мес после обучения, а динамика этого показателя увеличилась почти в три раза в "пассивной" школе, достигнув уровня "активной" школы. Результаты в группе контроля ухудшились более чем в два раза.

Рисунок
Динамика показателя готовности к сотрудничеству с врачом пациентов с РА через четыре недели и через год в зависимости от формы обучения (в% от исходного уровня)



В динамике через 12 мес после обучения мы оценили также показатели КЖ пациентов с помощью опросника "Уровня социальной фрустрированности" в зависимости от формы донесения информации. Анализ средних величин этого показателя не дал нам значимых различий, но отмечается тенденция к росту числа пациентов с его положительной динамикой при увеличении интенсивности инфор-

мационной работы. Связь числа случаев с различной динамикой показателя "Уровня социальной фрустрированности" в зависимости от формы обучения оказалась достоверной ($r=0,39$; $p < 0,05$), что иллюстрирует табл.6.

Кроме того, опрос больных показал, что в группах "активной" школы и с индивидуальным обучением значительно возросло число пациентов, регулярно занимающихся лечебной гимнастикой, особенно ЛФК для кистей (табл.7). Зависимость динамики частоты применения больными ЛФК от формы информационной работы с ними достоверна (ЛФК общая - $r=0,41$; $p < 0,05$; ЛФК для кистей - $r = 0,40$; $p < 0,05$).

Обсуждение

В настоящее время интерес к обучению больных с РЗ достаточно высок как в нашей стране, так и за ее пределами. Анализ литературных данных показал неоднозначность мнений в отношении эффективности образования пациентов. Так, существует негативная точка зрения, касающаяся медицинского просвещения работников почты по профилактике патологии опорно-двигательного аппарата [3]. В 12-мес рандомизированном контролируемом исследовании роли образования пациентов с РА (4 двухчасовые занятия в течение 1-го месяца) P.S. Helliwell и соавт. [6] не выявили значимых различий между группами ни по клиническим показателям, ни по показателям КЖ пациентов, хотя отмечалось улучшение в образовательной группе показателей "социального функционирования" и "общего восприятия здоровья", знаний больных о своем заболевании, уменьшение рентгенологической прогрессии заболевания. А. Hammond и N. Lincoln в своей работе [5] показали, что обучающие программы улучшают знание, но не использование пациентами преподаваемых методов, поэтому цель любой образовательной программы для больных должна заключаться не только в том, чтобы дать знания о своей болезни, но и изменить поведение больных в отношении применения ими лекарственной терапии и реабилитационных мероприятий для улучшения исхода заболевания. В то же время в ряде зарубежных исследований доказана целесообразность информационной работы с ревматологическими больными. По данным этих работ обучение пациентов способствует снижению болевого синдрома и скованности в суставах [4]. J.N. Barlow и соавт. [1,2] показали эффективность Программы самоуправления артритом (ASMP), проводимой в Великобритании. Результаты их исследований, полученные через 4 и 12 мес после обучения, выявили, что обучение больных существенно улучшает физическое и психологическое состояние пациентов, приводит к уменьшению боли, усталости и беспокойства.

Результаты наших исследований, по-видимому, позволяют объяснить противоречивость вышеуказанных литературных данных. Как показано нами, эффективность обучения больных во многом зависит от формы информационной работы. Пассивное изложение материала может и не привести к существенному улучшению результатов, хотя по ряду показателей они все же выглядят лучше, чем у больных, с которыми целенаправленной информационной работы вообще не проводится. Активная форма работы и индивидуальное обучение не только существенно повышают знания пациентов, но и, на примере ЛФК, демонстрируют реализацию этих знаний на практике. Важно, что любая специальная форма работы с больными (особенно "активное" обучение) улучшает субъективные показатели КЖ больных и готовность к сотрудничеству с врачом. Однако следует иметь в виду, что при "активном" групповом обучении отмечается некоторый рост сенситивности и агрессивности, что требует от врача, проводящего занятия, определенной психотерапевтической компетенции.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Barlow J.H., Turner A.P., Wright C.C. A randomized controlled study of the Arthritis Self-Management Programme in the UK. *Health Educ. Rec.*, 2000, 15(6), 665-680.
2. Barlow J.H., Turner A.P., Wright C.C. Long-term outcomes of an arthritis self-management programme. *Br. J. Rheumatol.*, 1998, 37(12), 1315-1319.
3. Daltroy L.H., Iversen M.D., Larson M.G. A controlled trial of an educational program to prevent low back injuries. *N. Engl. J. Med.*, 1997, 337, 322-328.
4. Ettinger W.H., Burns R., Messier S.P. et al. A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis. The Fitness Arthritis and Seniors Trial (FAST). *JAMA*, 1997, 277, 25-31.
5. Hammond A., Lincoln N. The effect of a joint protection education programme for people with rheumatoid arthritis. *Clin. Rehabil.*, 1999, 13 (5), 392-400.
6. Helliwell P.S., O'Hara M., Holdsworth J. et al. A 12-month randomized controlled trial of patient education on radiographic changes and quality of life in early rheumatoid arthritis. *J. Rheumatology (Oxford)*, 1999, 38(4), 303-308.

Поступила 6.10.02

Abstract

Efficacy of educational program for patients with rheumatoid arthritis.

N.I. Korshunov, E.V. Bolshakova, A.S. Iljicheva

Objective. To estimate influence of educational program on the level of knowledge of patients with RA about the disease, readiness for compliance, quality of life, efficiency of therapy and attitude to the disease.

Methods. 103 women with RA were included in the study. They were divided into four groups: a control group, "passive" school and "active" school groups and a group with individual training (33, 21, 29 and 20 pts respectively). At the discharge from hospital and 12 months later medical estimation of patient knowledge and 10 test tasks were performed including "Index of biotic satisfaction" (N.Panin), quality of life estimation on visual analogous scale, a self-rating "of health and happiness" (Dembo-Rubinstein), "Level of social frustration" and "type of attitude to illness" (SPb Bechterelev's institute), readiness for compliance (original questionnaire).

Results. At the time of discharge and in after 12 months test tasks and medical estimation of pts knowledge indices in "active" school and individual training groups were significantly higher, than in of control group and group of "passive" school ($p < 0,001$). The collective medical assessment demonstrated a correlation between treatment efficacy and the method of information transfer ($p=0,29$; $p < 0,05$). The quality of life correlates with the method of training according to all assessment techniques. Estimation of training method influencing on compliance provided similar results ($p; = 0,45$; $p < 0,05$). In groups of "active" school and individual training the number of pts who strictly followed the regimens of physical rehabilitation increased.

Conclusion. Our data confirm the necessity of purposeful and systematic educational training in RA. The active methods and individual training promote the achievement of best results.

Key words: *rheumatoid arthritis, patient education.*