

ОЦЕНКА ВАЖНОСТИ ВЕРЫ - КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

К. А. Кашева, В. Н. Липперт, П. И. Голендяева, Ю. П. Скирденко, М. М. Федорин, А. В. Горбенко, К. А. Андреев, Н.А. Николаев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Кашева Кристина Александровна, ординатор кафедры медицинской реабилитации ДПО ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. 644099, г. Омск, ул. Ленина, 12

Резюме: В практической врачебной деятельности часто существует необходимость принимать управленческие медицинские решения в условиях дефицита времени, что диктует потребность в выявлении скринингового маркера, на основании которого можно быстро и достоверно прогнозировать поведение пациента в отношении своего здоровья. В работе рассмотрена взаимосвязь приверженности лечению и религиозной веры. Выдвинута гипотеза о возможной роли важности веры в качестве предиктора приверженности лечению. В исследование включено 567 респондентов в возрасте от 33 до 68 лет (средний возраст = 50.13 ± 17.71 лет). Приверженность лечению изучали, используя специализированный вопросник «Количественной оценки приверженности – 25» (КОП-25). Для выявления важности религиозной веры оценивались ответы респондентов на 12 вопросов КОП-25 «Все люди верят или не верят в Бога. Насколько важно для вас верить в Бога?». Для статистической обработки данных применяли непараметрические методы. В исследовании установлена прямая взаимосвязь между уровнем приверженности лечению и значимостью религиозной веры. Важно, что установленные закономерности сохраняются вне зависимости от пола и возраста. В исследовании обсуждается, что оценка степени важности религиозной веры может являться простым и универсальным скрининговым маркером и предиктором приверженности лечению, модификации образа жизни, лекарственной терапии и медицинскому сопровождению. Такой маркер особенно интересен, когда практическому врачу при минимальных временных затратах необходимо принимать управленческое медицинское решение, зависящее от

потенциальной приверженности лечению пациента. Таким образом, авторы предполагают, что выявление значимости религиозной веры может определять дальнейшую тактику ведения пациентов.

Ключевые слова: приверженность лечению, комплаенс, религиозная вера, вера в Бога

Религиозная вера, при всей сложности постижения своей природы, является атрибутивным элементом человеческого сознания [5]. Тематика взаимосвязи религии и здоровья в последнее десятилетие часто оказывается в фокусе исследовательского внимания [14]. По данным Е.В. Дубограй, Н.В. Присяжной, пациенты, декларирующие важность веры в Бога, показывают лучшую излечиваемость, большую склонность к соблюдению норм здорового образа жизни, в том числе в плане отказа от табакокурения и употребления алкоголя, а также регулярнее посещают поликлинику и врача [3]. Установлено, что положительное влияние религиозности на принятие здоровьесберегающих установок существуют и в молодежной студенческой среде [2, 4].

Приверженность лечению – это степень соответствия поведения больного относительно рекомендаций, полученных от врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни [11]. Низкая приверженность терапии является глобальной проблемой [16], снижающей эффективность проводимого лечения [15, 17], что приводит к ухудшению здоровья и увеличению общих расходов на здравоохранение [18].

В настоящее время перспективным представляется индивидуализированный подход к выбору стратегии медицинского вмешательства в зависимости от уровня установленной приверженности конкретного пациента [6]. Превентивная оценка приверженности лечению

позволяет, как управлять лекарственной терапией, так и корректировать врачебные рекомендации по модификации образа жизни [8, 9, 12].

Сегодня предложено большое количество методов оценки индивидуального уровня приверженности, среди которых чаще применяется анкетирование [9]. Однако в практической врачебной деятельности в условиях дефицита времени необходимо определение скринингового маркера, на основании которого можно быстро и достоверно прогнозировать поведение пациента в отношении своего здоровья. Известно, что религиозность, являясь интегративным качеством личности, накладывает отпечаток на формирование паттернов поведения и систему социального взаимодействия [7, 13]. В связи с этим сформирована гипотеза о возможности прогноза приверженности пациента на основе определения степени его религиозности. Нами обнаружены лишь единичные работы, посвященные вопросу взаимосвязи между приверженностью и важностью веры (религиозностью). Это не удивительно, поскольку до последнего времени отсутствовали инструменты, позволяющие изучать этот феномен в условиях рутинной практики. Ситуация принципиально изменилась после появления вопросника “Количественной оценки приверженности – 25” (КОП-25), шкала которого позволяет выделять и изучать феномен важности религиозной веры для респондента в единой взаимосвязи с уровнями приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни [9,10,11].

Изучение связи уровня приверженности с важностью религиозной веры является актуальным для практического здравоохранения, так как выявленные закономерности могут определять дальнейшую тактику ведения пациентов, либо выступать в качестве скрининговых маркеров или предикторов приверженности лечению.

Таким образом, целью работы явилась оценка вероятности и значимости взаимосвязи между декларацией важности религиозной веры и приверженностью лечению. Авторы предполагают, что степень важности веры может являться простым и универсальным скрининговым маркером приверженности лечению, модификации образа жизни, лекарственной терапии и медицинскому сопровождению.

МЕТОДИКА

В открытое (метод поперечного среза) контролируемое исследование было включено 567 респондентов в возрасте от 33 до 68 лет (средний возраст = 50.13 ± 17.71 лет), из них 289 мужчин в возрасте 53.83 ± 18.20 лет и 278 женщин в возрасте 46.62 ± 16.50 лет. Исследование осуществляли на базах БУЗОО «Клинический кардиологический диспансер» и ООО «Медицинский Лечебно-Диагностический Центр «Доверие» города Омска. Необходимый объем выборки, рассчитанный по формуле Lehr R., при установленной доверительной вероятности 95% и доверительном интервале 8% составил 422 человека. Для исключения влияния случайных факторов выборка была дополнительно увеличена на 25%. Приверженность лечению изучали, используя специализированный вопросник КОП-25, включающий вопросы как для определения важности связанных с болезнью проблем для пациентов, так и степени их приверженности к лечению. Вопросник обладает достаточной чувствительностью (93%), специфичностью (78%) и

воспроизводимостью (94%), при высоком уровне конструкторной и факторной валидности (α Кронбаха = 0.832). Ответ на каждый вопрос оценивали в баллах, которые затем суммировали и рассчитывали количественные показатели. На основании полученных показателей вычисляли выражаемые в условных процентах индексы приверженности модификации образа жизни, лекарственной терапии и медицинскому сопровождению. Для всех показателей приверженности уровень значений в интервале до 50% интерпретировали как «низкий», от 51% до 75% – как «средний», более 75% – как «высокий». В качестве инструмента прогноза приверженность более 75% интерпретировали как «достаточную», 75% и менее – как «недостаточную». Для выявления важности религиозной веры оценивались ответы респондентов на 12 вопрос КОП-25 «Все люди верят или не верят в Бога. Насколько важно для вас верить в Бога?». В зависимости от полученных на этот вопрос ответов сформированы 3 группы респондентов: респонденты, декларирующие высокую важность веры (далее – группа 1), которые выбрали ответ «достаточно важно» или «очень важно»; респонденты, декларирующие умеренную важность веры (далее – группа 2), которые выбрали ответ «скорее не важно, чем важно» или «скорее важно, чем не важно»; респонденты, декларирующие неважность веры (далее – группа 3), которые выбрали ответ «совершенно не важно» или «почти не важно». Уровнем значимости установлена вероятность α менее 0.05. Вид распределения тестировали критериями Kolmogorov-Smirnov и Shapiro-Wilk's W test. Поскольку распределение в выборках не удовлетворяло требованиям параметрического анализа, для статистической обработки данных применяли непараметрические методы (Kolmogorov-Smirnov, Wald-Wolfowitz runs test, Mann-Whitney U test). Средние

выборочные значения количественных признаков приведены в тексте как среднее выборочное (M) и стандартное отклонение (SE) в виде "M±SE".

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе выборки в зависимости от декларируемой важности религиозной веры, респонденты распределились в три

Статистический анализ выполнен в программном пакете Statistica 8 от Statsoft для Windows 10.

близких по численности группы (табл. 1), при этом значимость веры для респондентов оказалась прямо связана с увеличением возраста и женским полом.

Таблица 1. Характеристика респондентов в зависимости от декларируемой важности веры

Показатели	Высокая важность веры (Группа 1)	Умеренная важность веры (Группа 2)	Низкая важность веры (Группа 3)
Количество респондентов, чел. (%)	198 (34.9)	186 (32.8)	183 (32.3)
Средний возраст, лет	59.87±15.74	46.48±17.17	43.48±15.73
Доля респондентов мужского пола, чел. (%)	78 (39.4)	98 (52.7)	113 (61.7)

Для общей выборки оказались характерными низкий уровень интегральной приверженности лечению (41.01±22.96 %) отдельных ее показателей: приверженности лекарственной терапии (43.72 ± 26.72 %), медицинскому сопровождению (42.59±25.04 %) и модификации образа жизни (36.14±20.40 %). При этом

приверженность респондентов с умеренной и низкой важностью веры была значимо худшей (табл. 2), чем респондентов, декларирующих высокую важность веры. Та же тенденция сохранялась для показателей приверженности модификации образа жизни, лекарственной терапии, медицинскому сопровождению.

Таблица 2. Приверженность лечению респондентов в зависимости от декларируемой важности веры

Критерии	Виды приверженности			
	Cc	Cd	Cm	C
Группа 1	50.97±17.04 ¹	60.69±21.01 ¹	59.98±18.85 ¹	57.33±16.92 ¹
Группа 2	37.36±14.64 ²	42.95±22.74 ²	42.55±19.35 ²	41.02±18.01 ²
Группа 3	18.86 ±14.88	26.13±24.33	23.84 ±22.40	23.33 ±19.92

Примечание.

¹ – группа 1/группа 2, Wald-Wolfowitz, p = 0.00;

² – группа 2/группа 3, Wald-Wolfowitz, p = 0.00;

C – приверженность лечению;

Cc – приверженность изменению образа

жизни;

Cd – приверженность лекарственной терапии;

Cm – приверженность медицинскому сопровождению.

Важно, что прямая зависимость уровня приверженности сохранялась вне зависимости от пола респондентов. Приверженность лечению была значимо выше как у мужчин, так и у женщин,

декларирующих высокую важность веры (группа 1), чем декларирующих умеренную важность веры (группа 2), а у респондентов обоих полов в группе 2 значимо выше, чем в группе 3 (табл. 3).

Таблица 3. Приверженность лечению респондентов мужского и женского пола в зависимости от декларируемой важности веры

Критерии	С		
	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Мужчины	56.68±17.57 ¹	37.99±16.55 ²	24.38±19.75
Женщины	57.76±16.54 ¹	44.40±19.03 ²	21.63±20.22

Примечание.

¹ – группа 1/группа 2, Wald-Wolfowitz, $p \leq 0.05$.

² – группа 2/группа 3, Wald-Wolfowitz, $p \leq 0.05$.

С – приверженность лечению.

Среди респондентов, декларирующих высокую важность веры (группа 1) и неважность веры (группа 3), уровень приверженности лечению в зависимости от пола значимо не различается, тогда

как в группе, декларирующей умеренную важность веры (группа 2), уровень приверженности лечению у женщин достоверно выше, чем у мужчин (табл. 4).

Таблица 4. Приверженность лечению среди респондентов разной степени важности веры в зависимости от пола

Критерии	С	
	Мужчины	Женщины
Группа 1	56.68±17.57	57.76±16.54
Группа 2	37.99±16.55	44.40±19.03 ¹
Группа 3	24.38±19.75	21.63±20.22

Примечание.

¹ – мужчины группы 2 / женщины группы 2, Wald-Wolfowitz, $p = 0.04$;

С – приверженность лечению.

В группе респондентов молодого и среднего возраста (18–59 лет) приверженность модификации образа жизни, лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и приверженность лечению были достоверно выше у лиц, декларирующих высокую важность веры (группа 1), чем в

группе, декларирующих умеренную важность веры (группа 2). В свою очередь в группе 2 приверженность и все ее показатели оказались значимо выше, чем в группе респондентов, декларирующих не важность веры (группа 3) (табл. 5).

Таблица 5. Уровень приверженности в общей выборке респондентов моложе 60 лет

Критерии	Виды приверженности			
	Сс	Cd	Cm	С
Группа 1	50.54±17.75 ¹	56.84±21.00 ¹	56.64±18.55 ¹	54.70±17.92 ¹
Группа 2	34.25±13.02 ²	35.14±17.46 ²	36.97±16.39 ²	35.15±15.13 ²
Группа 3	14.32 ±10.92	18.56±17.79	15.85±15.00	16.70 ±14.42

Примечание.

¹ – группа 1/группа 2, Wald-Wolfowitz, $p \leq 0.01$;

² – группа 2/группа 3, Wald-Wolfowitz, $p \leq 0.01$;

С – приверженность лечению;

Cc – приверженность изменению образа жизни;
 Cd – приверженность лекарственной терапии;
 Cm – приверженность медицинскому сопровождению.

Среди респондентов пожилого возраста (60–74 года) уровень приверженности лекарственной терапии не зависел от степени важности веры (Wald-Wolfowitz $p > 0.05$). Приверженность лечению и показатели: приверженность медицинскому сопровождению и приверженность модификации образа жизни значимо выше среди декларирующих высокую важность веры

(группа 1), чем среди декларирующих неважность веры (группа 3). В то же время, приверженность медицинскому сопровождению и приверженность модификации образа жизни в группе декларирующих умеренную важность веры (группа 2) значимых отличий от групп 1 и 3 не имеет, во всех случаях Wald-Wolfowitz $p > 0.05$ (табл. 6).

Таблица №6. Уровень приверженности в общей выборке респондентов старше 60 лет

Критерии	Виды приверженности			
	Cc	Cd	Cm	C
Группа 1	50.89±16.41 ¹	63.32±20.70	61.88±18.84 ²	58.94±15.95 ³
Группа 2	46.11±16.07	64.67±21.73	57.90±18.85	57.35±15.27
Группа 3	35.37 ±14.70	53.97±23.95	53.97 ±19.84	47.77 ±17.11

Примечание.

¹ – группа 1/группа 3, Kolmogorov-Smirnov, $p < 0.001$;

² – группа 1/группа 3, Kolmogorov-Smirnov, $p < 0.05$;

³ – группа 1/группа 3, Kolmogorov-Smirnov, $p < 0.005$;

C – приверженность лечению;

Cc – приверженность изменению образа жизни;

Cd – приверженность лекарственной терапии;

Cm – приверженность медицинскому сопровождению.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Нам представляется, что полученные данные, позволяя оценить вероятность и значимость взаимосвязи между декларацией важности религиозной веры и приверженностью лечению, тем самым открывают дорогу принципиально новым направлениям исследований в области предикции приверженности лечению. Это может оказаться ценным, в первую очередь, для скрининга приверженности, когда практическому врачу при минимальных временных затратах необходимо принимать управленческое медицинское решение, зависящее от потенциальной приверженности лечению пациента. Исследование продемонстрировало, что индивидуальная оценка степени важности веры с учетом пола и возраста респондента, позволяет с высокой вероятностью оценивать как

потенциальный уровень интегральной приверженности лечению, так и ее отдельных показателей. Важно, что прямая корреляция уровня приверженности лечению со степенью декларируемой важности веры наблюдалась во всех возрастных группах, как среди людей молодого и среднего возраста, так и у пожилых респондентов. В исследовании лишь приверженность лекарственной терапии у лиц пожилого возраста оказалась слабо связанной со степенью важности веры, однако и этот феномен требует более глубокого изучения, и может быть связан, прежде всего, с преобладающей мотивацией лиц старших возрастов по достижению клинического эффекта, связанного с проводимым лечением. Респонденты разного пола, декларирующие высокую важность и неважность веры, не демонстрировали различий в уровне

приверженности лечению, тогда как женщины, декларирующие умеренную важность веры, оказались более приверженными лечению, чем мужчины. Таким образом, пол, с учетом возрастной группы, также может являться одним из критериев оценки приверженности лечению в группе людей, имеющих умеренную религиозность.

Безусловно, выполненное исследование имеет ряд существенных ограничений. В первую очередь, это касается отсутствия учета вида религии, что может являться самостоятельным фактором, существенно влияющим на результат. Не была проведена оценка религиозной веры и приверженности лечению с учетом конкретной, в том числе потенциально жизнеугрожающей соматической патологии. За рамками исследования остались респонденты, не имеющие значимых соматических заболеваний, у которых могла бы быть оценена связь религиозной веры с потенциальной приверженностью лечению. Наконец, в исследовании не был проанализирован образовательный и профессиональный уровень респондентов. Все эти и многие другие вопросы должны быть рассмотрены в последующих исследованиях. Вместе с тем, углубление познаний в этом направлении, и создание на основе полученных знаний простых и применимых в клинической практике

алгоритмов, может существенно облегчить и повысить качество принимаемых врачебных решений,

ВЫВОДЫ

1. Оценка степени важности веры может являться простым и универсальным скрининговым маркером приверженности лечению, модификации образа жизни, лекарственной терапии и медицинскому сопровождению, сохраняющим свою значимость вне зависимости от возраста и пола.

2. Выявление высокой степени важности веры у пациентов молодого и среднего возраста с высокой вероятностью позволяет предположить более высокие уровни всех показателей приверженности лечению, чем в среднем в популяции. Выявление высокой степени важности веры у пациентов пожилого возраста с высокой вероятностью позволяет предположить более высокие уровни приверженности медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и приверженности лечению, чем в среднем в популяции.

3. Крайние позиции декларируемой важности веры нивелируют половые различия по уровню приверженности лечению. Однако в группе лиц с умеренной важностью веры, половые различия в уровне приверженности лечению сохраняются, и их следует учитывать для последующего прогноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И., Моисеев С.В., Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018. Т. 13. № 1-2. С. 259-271.
2. Дубограй Е.В. О некоторых аспектах взаимосвязи религиозности и здоровья военнослужащих вооруженных сил России // Социология медицины. 2013. Т. 1. № 2. С. 47-49.
3. Дубограй Е.В., Присяжная Н.В. Влияние религиозности на отношение россиян к здоровью // Социология медицины. 2015. Т. 1. С. 13-17.
- Лисина О.В. Здоровьесберегающие практики и жизнестойкость верующей студенческой молодежи технологического и духовного вузов: сравнительный анализ // Фундаментальные исследования. 2014. №5-4. С. 885-889.
- Лукин А. Н., Домрачев С. С. Вера как элемент сознания человека // Социум и власть. 2018. № 3 (71). С. 15–22.
- Марцевич С.Ю., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Воронина В.П., Лерман О.В., Гайсенко О.В., Гомова Т.А., Ежов А.В., Куимов А.Д., Либис Р.А., Матюшин Г.В., Митрошина Т.Н., Нечаева Г.И., Резник И.И., Скибицкий В.В., Соколова Л.А., Чесникова А.И., Добрынина Н.В., Якушин С.С. Приверженность к лечению и качество жизни

- больных стабильной ишемической болезнью сердца при лечении никорандилом: взаимосвязь и взаимовлияние (по результатам наблюдательного исследования никея) // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018. Т. 14. № 3. С. 409-417.
7. Мишин Ю.В. Психологические корреляты религиозности и личности безопасного типа. // Человек-Природа-Общество: Теория и практика безопасности жизнедеятельности, экологии и валеологии. 2019. № 5 (12). С. 46-51.
8. Моисеев С.В. Как улучшить приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии после острого коронарного синдрома // Клиническая фармакология и терапия. 2014. Т. 23. № 4. С. 23-28.
9. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) // Клиническая фармакология и терапия. 2018. Т. 27. № 1. С. 74-78.
10. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Драпкина О.М., Ливзан М.А., Моисеев С.В., Скирденко Ю.П., Бунова С.С., Викторова И.А., Задионченко В.С., Лазебник Л.Б., Малявин А.Г., Нелидова А.В., Нечаева Г.И., Пушкарева Л.А., Ребров А.П., Сайфутдинов Р.И., Совалкин В.И., Терентьев В.П., Тюрин В.П., Уразов В.П., Федосеев Г.Б., Ягода А.В., Якушин С.С., Ясницкий Л.Н. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению // Терапия. 2018. № 5. С. 11-32.
11. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В., Ершов А.В., Агеев Ф.Т., Андреев К.А., Бабичева Л.Г., Бунова С.С., Викторова И.А., Волчегорский И.А., Воробьев П.А., Галявич А.С., Гаус О.В., Гомберг В.Г. и др. Управление лечением на основе приверженности. Согласительный документ – Междисциплинарные рекомендации РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ // Consilium-Medicum. 2020. № 5. С. 9-18.
12. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий // Российский кардиологический журнал. 2019. Т. 24. № 2. С. 64-69.
13. Чумакова Д.М. Религиозность в системе социально-психологических качеств личности // Психология религиозности личности / Под ред. О.Г. Арефьева. Курган: издательство Курганского гос. ун-та, 2015. С. 84.
14. Ясин М.И., Гусева Е.С. Религиозность, дистресс и здоровье // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2017. Т. 27. № 1. С. 46-51.
15. Gale N.K., Greenfield S., Gill P., Guttridge K., Marshall T. Patient and general practitioner attitudes to taking medication to prevent cardiovascular disease after receiving detailed information on risks and benefits of treatment: a qualitative study // BMC Fam Pract. 2011. V. 12(1). P. 59.
16. Geest S., Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. 2003. V. 2(4). P. 323.
17. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, Frohlich ED, Re RN. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults // Hypertension. 2011. V. 58. P. 804-810.
18. Tiffe T, Wagner M, Rucker V, Morbach C, Gelbrich G, Stork S, Heuschmann PU. Control of cardiovascular risk factors and its determinants in the general population- findings from the STAAB cohort study // BMC Cardiovasc Disord. 2017. V. 17. P. 276.