



В.І. Клименко

ІНТЕГРАЦІЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ СЛУЖБИ В СИСТЕМУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ КАРДІОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: *система медичної допомоги, хвороби системи кровообігу, психотерапевтична допомога*

В статті наводяться результати комплексного дослідження кардіологічних хворих із стресовими станами. Доказано значимість впливу стресу на виникнення та перебіг серцево-судинних захворювань. Науково-обґрунтована необхідність психологічної або психотерапевтичної допомоги при профілактиці, лікуванні, реабілітації хворих на хвороби системи кровообігу. Для надання психологічної або психотерапевтичної допомоги кардіологічним хворим необхідно внести зміни до існуючої системи надання медичної допомоги. Звернено увагу, що впровадження посад медичних психологів, психотерапевтів до штату лікувально-профілактичних закладів всіх рівнів, створення мережі психологів у трудових колективах і учбових закладах різних форм власності і відомчої належності зменшить вплив стресів на особистість, тим самим покращить стан здоров'я населення країни.

За останні 30 років накопичено велику кількість даних щодо впливу психологічних та соціальних факторів на розповсюдженість хвороб системи кровообігу (ХСК) в популяції та смертності від них [1,2,3,7,8]. Залежно від характеру і специфічності виникнення стресу чинники ризику (ЧР) умовно поділяють на дві групи: біолого-психологічні і соціально-виробничі [4]. До біолого-психологічних ЧР належать спадково-конституційні, які визначаються особливостями стану ендокринно-гуморальної системи. Психологічні ЧР частіше діють у осіб, для яких властиві риси характеру, що сприяють формуванню нервового напруження (конфліктність, нетерпіння, непорозуміння між близькими людьми, зневіра в собі, агресивність, хронічна тривожність, внутрішня напруженість та ін.). До вищезазначених ЧР також належать порушення сну, статеві розлади, нерациональне і незбалансоване харчування та ін. До соціально-виробничих ЧР належать соціальні зміни (розлучення, смерть близьких), життєві труднощі, тривале емоційне перенапруження, порушення режиму праці і відпочинку, зниження фізичної активності тощо.

Під впливом психогенних факторів розвивається стресова реакція, що супроводжується тривогою, страхом чи гнівом. Фізіологічним забезпеченням цих емоцій є підвищення активності симпатoadреналової системи, що веде до підвищення артеріального тиску. Повторення життєвих труднощів веде до закріплення такого способу реакції, викликає функціональні порушення, приводячи до дисбалансу між пресорними і депресорними факторами, виникають ХСК [1].

Узагальнюючи вищенаведене, можна стверджувати, що вагома роль психоемоційного стресу в розвитку ХСК не підлягає сумніву. Розуміння катастрофічного впливу на життя людини стресових факторів примусило визначити дану проблему на рівні ВООЗ як головну у двадцять першому столітті, що призводить до втрати працездатного населення у світі.

В свою чергу, практичним вирішенням з подолання цієї проблеми є рекомендація ВООЗ урядам країн розробляти заходи з подолання зниження якості життя людей внаслідок впливу негативних психоемоційних чинників. Згідно з рекомендаціями ВООЗ в Україні такі заходи проводяться на державному рівні. Так, на теперішній день реалізація основних напрямків боротьби з ХСК та її наслідками координується і регламентується Державною програмою запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 рр. (затвердженою Постановою Кабінету Міністрів України від 3.05.06 № 761). Згідно цієї Програми, основними проблемами, які потребують вирішення, є розвиток профілактичного напрямку, щодо раннього виявлення ЧР та запобігання ХСК. Реалізація передбачених у програмі заходів можливо шляхом вивчення медико-психологічних аспектів, зокрема, впливу психоемоційного стресу та інших психологічних чинників на виникнення і розвиток гострих та хронічних ХСК.

Перспективні напрямки науково-дослідних робіт спрямовані на дослідження і розробку ефективної системи медико-психологічних заходів, які покращать стан здоров'я населення шляхом впровадження нових організаційних форм надання медичної допомоги кардіологічним хворим.

Мета роботи – наукове обґрунтування реорганізації існуючої системи медичної допомоги кардіологічним хворим з інтеграцією в неї системи психотерапевтичних заходів.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами (за умови інформованої згоди пацієнтів) було проведено комплексне обстеження 422 хворих з кардіологічним діагнозом. Комплексне обстеження хворих включало вивчення медичної документації (історія хвороби, виписка з історії хвороби, амбулаторна картка, довідка), анкетування з метою виявлення психосоціальних чинників ризику ХСК, тестування за



різними методиками для оцінки психоемоційного стану, лабораторне дослідження змін ендокринологічних (активність симпатико-адреналової та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової систем) і метаболічних (ліпідний спектр крові, окисна модифікація білків плазми крові). Обстеження проводилося на базі кардіологічного відділення Запорізької басейнової лікарні, в Запорізькому обласному кардіологічному диспансері та поліклінічну відділенні лікарні ВАТ "Мотор Січ". Лабораторне дослідження було проведено в ЦНДЛ Запорізького державного медичного університету.

Діагноз гіпертонічної хвороби (ГХ) встановлювали на підставі обстеження хворих на артеріальну гіпертензію згідно з наказом МОЗ України №247 від 10.08.1998р. "Про заходи щодо поліпшення якості кардіологічної допомоги населенню України". Діагноз ІХС - на підставі обстеження хворих згідно з наказом МОЗ України №54 від 14.02.2002 р. "Про затвердження класифікації захворювань органів системи кровообігу". Діагностика психопатологічних порушень проводилась на синдромальному рівні за МКХ-10.

Оскільки методологія дослідження базувалась на системному підході, принципах доказовості та біоетики медичних досліджень, основними методами її стали: бібліосемантичний, конвент-аналіз, клінічний, медико-статистичний, епідеміологічний, соціологічний, психологічного тестування, кореляційного аналізу, інформаційно-аналітичний.

Результати в кількісній формі вносилися в спеціально створену комп'ютерну базу даних, формування зведених таблиць проводилося за допомогою програми MS Excel, статистична обробка - з використанням пакету прикладної програми Statistic 6.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними нашого комплексного дослідження, психогенні і фактори невротизації населення фактично охоплюють всі версти популяції.

Нами доведено, що найбільш шкідливими серед макросоціальних ЧР є відсутність перспективи в житті особистості та його членів сім'ї; суспільно-політичні події навколо індивідуума, які створюють додаткове постійне почуття тривоги за майбутнє; зовнішня інформація (телевізор, газети та ін.), що додатково підвищувала рівень тривожності, викликала страх. Емоційні напруження та навантаження, підвищена відповідальність за результат, систематичні або періодичні конфлікти на виробництві, недостатня рухова активність є основними серед мікросоціальних ЧР, які призводять до виникнення ХСК, а при довготривалій дії ускладнюють їх перебіг. Але найбільш впливовим виявилась комплексна дія макро- та мікросоціальних ЧР, яка шкодить психічному здоров'ю особистості та безпосередньо чи опосередковано викликає ХСК.

Це підтверджується даними кореляційного аналізу між соціальними ЧР та рівнем опору стресу: низьки-

ми матеріально-побутовими умовами ($r=+0,4$, $p<0,05$), періодичними конфліктами в сім'ї ($r=+0,3$, $p<0,05$), рідкими конфліктами на роботі ($r=-0,3$, $p<0,05$), середнім віком хворих ($r=+0,36$, $p<0,05$), мешканням у селі ($r=+0,3$, $p<0,05$), фізичним навантаженням ($r=+0,34$, $p<0,05$), мешканням у місті ($r=-0,3$, $p<0,05$). У хворих на ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом є позитивний кореляційний зв'язок між ступенем опору стресу та рівнем емоційного навантаження ($r=+0,6$, $p<0,05$), що підтверджує гіпотезу про виникнення інфаркту міокарду на фоні гострого стресу.

Значний достовірний вплив соціальних ЧР на виникнення кардіологічної патології підтверджуються наявністю найвищого рівня реактивної тривожності у хворих на ГХ І ст. на фоні найнижчої особистої тривожності та позитивним кореляційним зв'язком між рівнем тривожності та психоемоційним навантаженням на роботі ($r=+0,37$, $p<0,01$) і періодичними конфліктами на виробництві ($r=+0,32$, $p<0,05$).

За опрацьованими результатами нашого соціологічного дослідження, яке включало опитування 50 лікарів-кардіологів, 86% звертають увагу на необхідність підвищення ролі медичної психології та включення психотерапії і психопрофілактики в стандарти лікування хворих на ХСК.

На нашу думку корекцію змін психоемоційного стану у хворих з кардіологічною патологією повинен проводити медичний психолог, а при його відсутності, або коли вже відбуваються впливові порушення психоемоційного стану, що потребують психотерапії/психофармакотерапії, то до комплексного лікування необхідно залучити психотерапевта. За даними провідних російських вчених найбільш вагомим показанням до психотерапії є вплив психологічного чинника: чим більше його питома вага на виникнення та перебіг хвороби, тим більш необхідна психотерапія та вищу сходинку вона займає в системі лікувальних засобів [5]. Таким чином, при наявності, ознаках психогенної природи захворювання адекватним і необхідним є застосування психокорекції, психотерапії.

В зв'язку з тим, що попередити виникнення ХСК можливо за допомогою психологічної корекції, то доцільним є включення медичних психологів в штат лікувально-профілактичних закладів всіх рівнів, а також обов'язкове створення мережі психологів у трудових колективах різних форм власності і відомчої належності, учбових закладах з метою підвищення толерантності до впливу стресу у населення.

Показання до психотерапії визначаються не тільки впливом психологічного чинника на виникнення та перебіг захворювання, а також його можливими наслідками. Якщо конкретизувати поняття наслідки захворювання, то вони можуть бути пов'язані з клінічними, психологічними та соціально-психологічними проблемами:



– по-перше, це може бути вторинна невротизація, маніфестація невротичної симптоматики, яка викликана внаслідок психологічних причин у зв'язку з психотравмуючою ситуацією, в якості якої виступає основне захворювання;

– по-друге, це реакція особистості на хворобу, яка може як сприяти процесу лікування, так і перешкоджати йому. Неадекватна реакція особистості на хворобу (наприклад, анозогнозія чи іпохондрія, або інше) також потребує корекції психотерапією;

– по-третє, мова може йти про наявність психологічних і соціально-психологічних наслідків. Тяжка хвороба змінює звичайний спосіб життя пацієнта, може привести до зміни соціального статусу, до неможливості реалізації та задоволення звичайних для особистості відносин, ставлення, потреб, прагнень, змін в сімейній та професійній сферах, звуження кола контактів і інтересів, зниження працездатності, рівня активності та мотивації, до невпевненості в собі та зниження рівня самооцінки, формування неадекватних стереотипів емоційного та поведінкового реагування та інше;

– в процесі довготривалого чи хронічного захворювання можлива динамічна трансформація особливостей особистості, формування підвищеної тривожності, егоцентричності та ін., які потребують корегуючи дій.

Всі вищезазначені наслідки ХСК, при яких необхідно надання психотерапевтичної допомоги ми виявили при проведенні аналізу психоемоційного стану у хворих, яким кардіологічний діагноз було встановлено не вперше в житті. За отриманими нами даними більш глибокі зміни особистості хворого відзначаються по мірі прогресування ГХ, які супроводжуються накопичуванням особистої тривожності, зниженням алекситемії до неврозу, що приводить до депресивного стану невротичного генезу, який ми спостерігали при її ускладненнях. Позитивний кореляційний зв'язок середньої сили між рівнем тривожності і тривалістю хвороби ($r=+0,43$, $p<0,01$) є доказом впливу вищезазначених ЧР на перебіг хвороби. Самими незадовільними в своїх соціальних досягненнях за основними аспектами життєдіяльності є хворі, які вже мають ускладнення кардіологічної патології. Наявність прямого кореляційного зв'язку між рівнем соціальної фрустрованості та тривалістю хвороби понад 10 років ($r=+0,32$, $p<0,05$) підтверджує вплив хвороби на якість життя хворого та його соціальний рівень в суспільстві [6].

Крім того, негативний вплив порушення психоемоційного стану у кардіологічних хворих на перебіг ХСК пов'язують з поведінковими факторами, наприклад, відсутністю комплайєнсу з лікарем та небажанням хворого вживати медикаменти, виконувати охоронний

режим. Всі описані механізми разом або незалежно один від одного можуть підвищити ризик розвитку ішемії міокарду та гострих коронарних синдромів. Терапія повинна бути комплексною, строго індивідуальною і не може проводитися за шаблоном. Комплексний підхід у лікуванні кардіологічних хворих обумовлено необхідністю корегуючих дій, які б впливали на кожний з ЧР етіопатогенезу (біологічний, психологічний, соціальний). Проте питома вага психотерапевтичних дій, їх загальна спрямованість, обсяг обумовлюються дією багатьох факторів, які розглядаються як показання до психотерапії. Безумовно, що в кожному конкретному випадку, показання до психотерапії виявляються не тільки нозологічною належністю, але і індивідуально-психологічними особливостями пацієнта, його мотивацією до участі в психотерапевтичній співпраці.

Різноманітний спектр вищезазначених розладів поєднує загальна ознака – сполучення порушень психічної і соматичної сфери і пов'язані з цим особливості медичного обслуговування хворих, що припускають тісну взаємодію психіатрів, психотерапевтів, медичних психологів і кардіологів. Тісне співробітництво кардіолога чи лікаря соматичного профілю іншого за фахом з психотерапевтом, медичним психологом можливо при переході на модель інтегрованої медицини, в якій фахівець психотерапевтичної служби набуває ролі консультанта, а кардіолог має пройти курси тематичного удосконалення з психотерапії. Всі вище наведені заходи спрямовані на покращення стану здоров'я населення: зменшення впливу чинників ризику, надання комплексної терапії, запобігання ускладненням.

Таким чином, нами науково обґрунтована необхідність психологічної допомоги кардіологічним хворим при всіх видах профілактики, лікування, реабілітації в межах усієї системи охорони здоров'я в залежності від рівня порушення психічного здоров'я. Впровадження посад медичних психологів, психотерапевтів до штату лікувально-профілактичних закладів всіх рівнів, створення мережі психологів у трудових колективах і учбових закладах різних форм власності і відомчої належності зменшить вплив стресів на особистість, тим самим покращить стан здоров'я населення країни.

ВИСНОВКИ

1. Показано, що комплексна дія макро- та мікросоціальних чинників є найбільш вагомими психогенними факторами, під впливом яких розвивається стресова реакція, що супроводжується змінами психоемоційного стану, які викликають серцево-судинні захворювання.

2. Визначені закономірності дозволили обґрунтувати необхідність інтеграції психотерапевтичної служ-



би в систему медичної допомоги кардіологічним хворим. Інтегрування психотерапевтичної служби в мережу медичних закладів всіх рівнів дозволить включити психотерапію до комплексного лікування кардіологічних хворих.

3. Доведено, що психотерапевтична допомога кардіологічним хворим повинна надаватися медичним психологом, або психотерапевтом в залежності від порушень психоемоційного стану

4. Впровадження медичних психологів в штат лікувально-профілактичних закладів всіх рівнів, а також створення мережі психологів у трудових колективах різних форм власності і відомчої належності, в учбових закладах дає можливість попередити виникнення хвороб системи кровообігу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бородин Б.О. Психологические особенности личности лиц, страдающих гипертоническими кризами. Дифференцированный подход к назначению психотропных препаратов: Автореф. дис. ... к.м.н. - Харьков, 1990. - 20 с.
2. Гоштаутас А.А. Изучение особенностей личности в профилактических исследованиях ишемической болезни сердца. Первичная психологическая профилактика и реабилитация больных ИБС. - Вильнюс, 1982. - С. 25-36.
3. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. - Л., 1983. - 216 с.
4. Каменюкин А.Г., Ковпак Д.В. Антистресс - тренинг - СПб: Питер, 2004. - 192 с.
5. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер, 2000. - 827 с.
6. Клименко В.І. Психосоматична природа хвороб системи кровообігу як підґрунтя для зміни показників стану здоров'я населення в Україні // Запорозький медичний журнал. - 2007. - №5. - С. 76-80.
7. Копина О.С. Психологические проблемы в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. - М., 1987. - 73 с.
8. Копина О.С., Корольков А.Е., Церковный А.Г., Гринькова Л.А. Показатели психосоциального стресса при стенокардии и артериальной гипертензии. Всесоюзный симпозиум "Многофакторная профилактика ИБС": Материалы. - Томск, 1989. - 76 с.

Надійшла 21.01.2008р.

В.И. Клименко

Интеграция психотерапевтической службы в систему медицинской помощи кардиологическим больным

В статье на основании результатов комплексного обследования кардиологических больных в стрессовом состоянии доказано влияние стресса на возникновение и течение сердечно-сосудистой патологии. Научно обоснована необходимость психологической или психотерапевтической помощи кардиологическим больным при проведении профилактики, лечения, реабилитации. Для оказания данной помощи в полном объеме и всем больным, которые в ней нуждаются, необходимо изменить существующую систему оказания медицинской помощи. Обращается внимание на то, что включение в штатное расписание лечебно-профилактических учреждений медицинских психологов, психотерапевтов, а также создание сети психологов в трудовых коллективах и учебных заведениях разных форм собственности и ведомственной принадлежности, позволит уменьшить влияние стресса на личность, тем самым улучшить состояние здоровья населения страны.

Ключевые слова: организация здравоохранения, система медицинской помощи, болезни системы кровообращения, психотерапевтическая помощь

V.I. Klimenko

The integration of psychotherapy into the system of medical care of patients with cardiovascular diseases

In this article the results of complex investigation of patients with cardiovascular diseases with stress are discussed. It was proved the importance of stress in the development of cardiovascular diseases. It was shown the system of medical care to patients with cardiovascular diseases should be changed. It was grounded the necessity of psychological care and psychotherapy during prophylaxis, and treatment of patients with cardiovascular diseases. It was shown that establishing posts of medical psychologists, psychotherapists in medical institutions of all levels, founding of the psychological care in labor collectives and educational institutions would decrease the influence of stress on a person that would improve the state of health in Ukraine.

Key words: health care, system of medical care, cardiovascular diseases, psychotherapy

Відомості про авторів:

Клименко В.І., к.мед.н., доцент кафедри загальної гігієни та екології з курсом соціальної медицини і ОЗО ЗДМУ.

Адреса для листування:

Клименко Вікторія Іванівна, 69035, м. Запоріжжя, пр-т Маяковського 26, ЗДМУ, кафедра загальної гігієни та екології з курсом соціальної медицини і ОЗО. Тел. (061) 233-32-47