

DOI: 10.21802/gmj.2019.1.2

Нестерак Р.В.

Психологічна адаптація хворих на ішемічну хворобу серця на етапах реабілітації після реперфузійних втручаньКафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
roxolana.nesterak@gmail.com

Резюме. Психологічна адаптація є необхідною компонентою реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця. Постінфарктний період - це особливий адаптаційний період для хворого, який полягає у цілісному підході з урахуванням медичних, фізичних та психологічних компонентів. Високі рівні тривоги у хворих як перед оперативним втручанням, так і у післяопераційний період погіршують прогноз, що потребує удосконалення методів реабілітації.

Мета. Вивчити особливості психологічної адаптації у хворих на ішемічну хворобу серця залежно від реперфузійних підходів та застосованих методів реабілітації.

Матеріали і методи. Обстежено 450 хворих на ІХС із застосуванням різних методів реперфузійних втручань. Залежно від застосованих методів реабілітації хворі були розподілені у три підгрупи. Визначення рівнів реактивної та особистісної тривожності проводили на початку лікування, через 1 тиждень, місяць та 6 місяців.

Результати. Виявлено високі рівні реактивної та особистісної тривожності у хворих на ішемічну хворобу серця, які відрізнялися залежно від застосованих реперфузійних втручань. Використання психологічних методів на етапі реабілітації сприяло зниженню рівнів тривожності через тиждень при застосуванні методів сугестивної терапії, а ефект від навчання відмічено через місяць та через 6 місяців спостереження.

Висновки. Однією із складових образу кардіологічного пацієнта є психологічний статус хворого, а саме рівень тривожності. Для ефективної адаптації важливим є застосування сугестивних методів терапії і навчання хворих. У хворих, яким планово проводиться втручання з приводу ІХС, необхідною є пререабілітація з індивідуальним підходом.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця; реабілітація; адаптація; психологія; тривожність.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Незважаючи на удосконалення методів діагностики та лікування ішемічної хвороби серця (ІХС), інвалідизація та смертність залишаються високими у таких хворих.

Однією із форм ІХС є гострий коронарний синдром (ГКС). Постінфарктний період - це особливий адаптаційний період для хворого на ІХС, який потребує цілісного підходу з урахуванням як медичних, фізичних, так і психологічних складових.

У дослідження CROS встановлено ефективність кардіологічної реабілітації у зниження смертності хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС) та після аортокоронарного шунтування (АКШ), важливим є проведення реабілітації в «нову еру» та пошук шляхів її удосконалення у хворих з різними проявами ІХС [1].

Відомі «традиційні» фактори ризику не можуть пояснити усіх випадків виникнення ІМ у популяції, тому актуальним залишається врахування психологічних характеристик хворого, а саме тривожності [2].

Поширеність психоматичних розладів у хворих на ІХС коливається у значно широкіх межах від 13,5% до 76,4%, найбільш часто діагностуються тривожні розлади та депресія [3].

Тривога після перенесеного гострого коронарного синдрому негативно впливає на протікання захворювання та

реабілітаційні заходи. Встановлено, що зниження рівня тривоги залежить від ступеня поінформованості хворих про фізіологічні, психологічні, соціальні та фінансові аспекти ІМ, про наступну реабілітацію та необхідність дотримання певного способу життя. Високий рівень особистісної тривожності можна розглядати як самостійний незалежний фактор ризику ІХС [4].

Реабілітація пацієнтів з хронічними формами СІХС (стабільна ішемічна хвороба серця), потребує також уваги, зокрема пацієнти, яким планується проведення оперативного втручання – АКШ. Рівень тривоги, як правило, є вищим у таких пацієнтів, а передопераційна тривога асоціюється з більш високою загальною смертністю (ризик=1,88, 95 % ДІ 1,12-3,17) незалежно від віку, захворювання нирок, супутніх втручань на клапанах серця та є несприятливим фактором у протіканні ІХС після АКШ [5, 6].

Тривогу, стрес, ворожість, особистість типу А, низький рівень соціальної підтримки та обізнаності хворих щодо захворювання можна вважати додатковими факторами ризику погіршення адаптації хворих [7].

Психологічна адаптація є необхідною компонентою реабілітації хворих на ІХС. Більш повне усвідомлення себе й зовнішнього світу, набуття здатності свідомо вибирати модель поведінки допомагає хворим позбутися невротичних та інших хворобливих симптомів. Після проведення психокорекції чи психотерапії у хворих знижується рівень тривожності, агресивності, емоційного дискомфорту, підвищуються активність і настрої, покращується самопочуття, знижується тенденція до іпохондрії, депресії, виробляється гармонійне ставлення до хвороби [8].

На стаціонарному етапі реабілітації повинна розпочатися спланована робота, спрямована на те, щоб хворий, маючи правильну інформацію про перенесене захворювання, сутність реабілітації, усвідомлено став активним учасником усіх реабілітаційних заходів [9].

Тому важливим є пошук методів реабілітації, що сприятиме максимальному відновленню здоров'я, працездатності та психологічній адаптації хворих на ІХС.

Мета дослідження

Вивчити особливості психологічної адаптації у хворих на ішемічну хворобу серця залежно від реперфузійних підходів та застосованих методів реабілітації

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 450 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), 117 з стабільною ішемічною хворобою серця, з них 60 хворих, яким проведено АКШ та 57 хворих, яким проведено планове стентування коронарних артерій.

Хворих з гострим коронарним синдромом розподілено залежно від форми ІХС та застосованого методу лікування, ревазуляризації.

Хворі з ГКС із елевациєю сегмента ST залежно від використаного методу лікування та відновлення коронарного кровотоку розподілено у групи: із застосуванням консервативного лікування - 63 хворі; яким проведена тромболітична терапія та стентування -

57 хворих та із застосуванням інвазивної тактики лікування - 78 хворих.

Хворі з ГКС без стійкої елевації сегмента ST, відповідно 60 хворих із застосуванням консервативного лікування та 75 хворих, яким надана інвазивна тактика лікування.

Усі групи хворих залежно від застосованих методів відновного лікування та реабілітації було розподілено у три групи.

1. Група хворих із застосуванням традиційних реабілітаційних заходів, а саме медична реабілітація, фізична реабілітація, яка включала дихальну та лікувальну гімнастику, дозовану ходьбу, фізіотерапія. 2. Група хворих, у яких поряд із традиційними реабілітаційними заходами застосовано психологічну компотенту – сугестивні методи терапії. 3. Група хворих, у яких поряд із традиційними реабілітаційними заходами застосовано «Програму клініко-психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я» (авторське свідоцтво на науковий твір «Програма психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я» № 75681 від 29.12.2017) [10].

Всі хворі отримували стандартну терапію хворих на ІХС залежно від форми ІХС та відповідно до рекомендацій Робочих груп Європейського та Українського товариств. Обстеження хворих проводили залежно від форми ІХС та методу реваскуляризації.

Усім хворим поряд із клінічними методами проведено анкетування «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» Спілберга-Ханіна; Сіетльський опитувальник (SAQ (Seattle Angina Questionnaire), яку заповнювали перед початком лікування, через 1 тиждень, місяць та 6 місяців.

Статистичну обробку проводили за допомогою програмного забезпечення «Microsoft Excel» та «Statistica» v. 10.0 StatSoft, USA. Оцінку вірогідності розходження середніх величин проводили за допомогою парного t-критерію Стьюдента. Середні величини подані у вигляді ($M \pm m$), де M — середнє значення показника, m — стандартна похибка середнього. Результати вважали статистично достовірними при значенні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналізуючи показники рівнів реактивної тривожності на початку лікування у хворих ГКС без елевації сегмента ST, яким проводилось консервативне лікування, спостерігалися високі рівні у всіх групах, зокрема у групі традиційного лікування ($46,8 \pm 1,20$) балів, у групі застосування сугестивної терапії ($47,2 \pm 1,19$) балів та у групі хворих, які пройшли навчання за «Програмою», ($46,9 \pm 1,21$) балів.

Через тиждень відмічалось зниження рівня реактивної тривожності в групі сугестивної терапії, в інших групах змін не виявлено ($p > 0,05$). Через місяць відмічено зниження рівня реактивної тривожності у хворих, яким була застосована сугестивна терапія та «Програма», відповідно до ($40,5 \pm 1,15$) балів та ($38,0 \pm 1,19$) балів. Через 6 місяців спостерігалось зниження рівня реактивної тривожності відмічено лише у групі «Програма» ($35,1 \pm 1,18$) балів ($p < 0,01$), що може вказувати на зміну ставлення до хвороби та перебування у звичних умовах та середовищі для хворого.

При аналізі особистісної тривожності як більш стійкої індивідуальної характеристики на початку лікування відмічено високі рівні у всіх групах, відповідно ($47,4 \pm 1,19$) балів, ($48,5 \pm 1,20$) балів, ($46,9 \pm 1,19$) балів. У результаті застосування методів реабілітації відмічено

зниження у групі сугестивної терапії вже через 1 тиждень ($p < 0,05$), а при застосуванні «Програми» через 1 та особливо через 6 місяців лікування ($p < 0,01$). У групі із застосуванням традиційних методів реабілітації не спостерігалось суттєвого зниження особистісної тривожності протягом перебування в стаціонарі ($p > 0,05$), а через 6 місяців лікування показник склав ($45,2 \pm 1,16$) бали (табл. 1).

У групі хворих з ГКС без елевації сегмента ST, яким була надана інвазивна тактика лікування, також відмічались високі рівні як реактивної, так і особистісної тривожності на початку лікування. У результаті лікування відмічалось зниження тривожності у всіх групах, проте більш виражені зміни саме у групі із застосуванням сугестивної терапії вже через тиждень ($p < 0,05$) (табл. 2).

Через місяць спостерігалися зниження рівнів реактивної тривожності у групі сугестивної терапії ($37,7 \pm 1,18$) балів, та у групі хворих, які пройшли навчання за «Програмою», ($36,8 \pm 1,16$) балів, особистісна тривожність у цих групах відповідно була ($42,0 \pm 1,20$) балів та ($38,7 \pm 1,17$) балів. У групі хворих, які навчалися за «Програмою», через 6 місяців відмічено нижчі рівні щодо інших груп спостереження: реактивна тривожність ($33,4 \pm 1,17$) балів та особистісна ($35,5 \pm 1,21$) балів ($p < 0,01$).

Реактивна тривожність корелює з суб'єктивним сприйняттям результатів лікування та залежить від результату лікування, тому у групі із застосуванням інвазивної тактики відмічено нижчі показники рівнів тривожності, ніж у групі із застосуванням консервативної тактики хворих. Вітальна загроза, прийняття рішення про інвазивне втручання значно підвищують реактивну тривожність. Водночас, якісні зміни стану хворого, наприклад зміна характеру больового синдрому, виникнення надії призводить до швидкого зниження реактивної тривожності і цьому сприяють методи сугестивної терапії через розуміння та відчуття свого тіла та змін, які відбуваються тут і зараз.

Особистісна тривожність є загальною характеристикою хворих з гострими формами ІХС. З одного боку, особистісна

Таблиця 1. Показники опитувальника Спілберга-Ханіна у хворих ГКС без елевації сегмента ST, яким проводилось консервативне лікування

Показник	Традиційне лікування (n=20)				Традиційне лікування та методи сугестивної терапії (n=20)			Традиційне лікування та «Програма» (n=20)				
	На початку лікування	1 тиждень	1 місяць	6 місяців	На початку лікування	1 тиждень	1 місяць	6 місяців	На початку лікування	1 тиждень	1 місяць	6 місяців
Реактивна тривожність	46,8±1,20	45,7±1,19	43,4±1,17	44,2±1,16	47,2±1,19	43,0±1,16	40,5±1,15**	39,2±1,17**	46,9±1,21	45,2±1,20	38,0±1,19**	35,1±1,18**
Особистісна тривожність	47,4±1,19	46,5±1,18	44,8±1,17	45,2±1,16	48,5±1,20	46,2±1,21	43,8±1,19*	43,0±1,18*	46,9±1,19	44,1±1,20	41,2±1,21	39,0±1,19**

Примітка: достовірність різниці показників порівняно з величинами на початку лікування: * $< 0,05$; ** $< 0,01$

Таблиця 2. Показники опитувальника Спілберга-Ханіна у хворих ГКС без елевації сегмента ST, яким надана інвазивна тактика лікування

Показник	Традиційне лікування (n=25)				Традиційне лікування та методи сугестивної терапії (n=25)				Традиційне лікування та «Програма» (n=25)			
	На початку лікування	1 тиждень	1 місяць	6 місяців	На початку лікування	1 тиждень	1 місяць	6 місяців	На початку лікування	1 тиждень	1 місяць	6 місяців
Реактивна тривожність	45,2±1,17	41±1,15	39,9±1,12	39,0±1,10*	46,8±1,20	40±1,17*	37,7±1,18**	36,3±1,17**	45,5±1,19	40,0±1,18	36,8±1,16**	33,4±1,17**
Особистісна тривожність	46,1±1,20	44,8±1,21	43,2±1,19	42,5±1,21*	47,5±1,23	43,2±1,22	42,0±1,20**	40,3±1,18**	46,6±1,24	44,2±1,20	38,7±1,17**	35,5±1,22**

Примітка: достовірність різниці показників порівняно з величинами на початку лікування: * $<0,05$; ** $<0,01$

тривожність є однією з причин виникнення ІХС, а з іншого, саме захворювання не дає змоги особистісній тривожності знизитись. Хворі знаходяться у зоні ризику протікання основного захворювання та виникнення його ускладнень, це сприяє підвищенню рівнів тривожності.

Розуміння причин виникнення захворювання, особливостей протікання та перспектив реабілітації є необхідною інтервенцією, що може бути реалізованою через застосування «Програми». Ефективність програм реабілітації залежить від обширності uszkodження серцевого м'язу та застосованих реперфузійних підходів.

Показники рівнів реактивної тривожності у хворих ГКС з елевацією сегмента ST, яким проводилось консервативне лікування, були високими на початку лікування у всіх групах незалежно від методу реабілітації. Через місяць відмічалось зменшення рівнів реактивної тривожності, значимими ці дані були у групі, де поряд із традиційними методами реабілітації застосовано сугестивну терапію та навчання ($p<0,05$). Так, у групі хворих із застосуванням традиційної реабілітації на початку лікування рівень реактивної тривожності становив (47,9±1,19) бали, у групі використання сугестивної терапії (47,4±1,20) бали та у групі навчання (46,9±1,21) бали, через 6 місяців відповідно – (44,8±1,16), (39,5±1,17) та (36,0±1,15) бали ($p<0,01$).

Динаміка рівнів особистісної тривожності була менш значимою ($p>0,05$) та через 6 місяців особистісна тривожність у першій групі була (45,5±1,17) бали, у другій – (45,0±1,19) бали ($p<0,05$), та (40,6±1,18) бали у групі із застосуванням «Програми» ($p<0,01$).

При аналізі показників тривожності із урахуванням методу лікування, а саме тромболітичної терапії чи інвазивної тактики, відмічали, що динаміка показників була подібною із зменшення рівнів реактивної тривожності та більш помірним зниженням рівнів особистісної тривожності.

Позитивна динаміка показників реактивної тривожності залежить від змін, які відбуваються в процесі лікування та

реабілітації, особливо у хворих із застосуванням інвазивної тактики, що може бути пов'язане із зменшенням ангінального синдрому та задишки, нормалізації артеріального тиску та ЧСС.

Динаміка показників при застосування сугестивної відрізняється певними особливостями, відзначено динаміку змін у часі. Так, уже діагностика та лікування на першому тижні реабілітації засвідчує, що є позитивні зміни реактивної тривожності, які обумовлені безпосередньою увагою до хворого, включення механізмів психологічного захисту, навчання керування тілом. Зміни наприкінці першого місяця відзначаються вмінням розслабитись та відчуттям свого тіла, ці зміни більш виражені при перебуванні хворого у стаціонарі та використанні цих методик. А відсутність динаміки через 6 місяців пов'язані із неможливістю застосування цих методів у звичних умовах.

Щодо навчання хворого за «Програмою», із впливом на різні компоненти внутрішньої картини здоров'я, то через один місяць хворий отримує знання про захворювання, інформацію щодо стратегії реабілітаційних заходів та змін, які відбуваються в процесі лікування, а через 6 місяців реалізує свої знання в реальному житті у звичному середовищі.

Найбільш високі рівні реактивної тривожності відмічено у групі хворих, яким проведено аортокоронарне шунтування. На початку лікування вони були високими у всіх групах, відповідно у групі із традиційною реабілітацією (50,8±1,27) бали, при застосуванні сугестивної терапії (49,6±1,26) бали, при навчанні за «Програмою» (50,5±1,26) бали. У групі хворих із традиційним лікуванням не спостерігалось значимих змін через місяць та 6 місяців ($p>0,05$). Більш значимою динаміка була саме у групах, у яких поряд із традиційним лікуванням було застосовано сугестивну терапію та навчання. Через 1 місяць у групі сугестивної терапії – (41,4±1,21) бали ($p<0,05$), через 6 місяців – (40,5±1,20) бали ($p<0,05$), у групі навчання, відповідно (39,9±1,21) бали та (37,2±1,20) балів ($p<0,01$).

Особистісна тривожність у хворих з СІХС була вищою, ніж у групах із дестабілізацією ІХС та мала тенденцію до зниження в процесі лікування та реабілітації, її можна оцінювати як індивідуальну характеристику хворих ІХС.

Нижчими рівні реактивної тривожності відмічено у хворих із СІХС, яким було планово проведено стентування коронарних артерій, проте в цій групі виявлено вищі рівні особистісної тривожності. У групі хворих із традиційною реабілітацією реактивна тривожність була (44,9±1,19) бали, через 1 місяць (40,0±1,18) бали, через 6 місяців (39,4±1,16) бали ($p<0,05$), у групі традиційного лікування та застосування сугестивної терапії (45,0±1,18) бали, через 1 місяць – (37,3±1,16) бали, 6 місяців (36,0±1,15) бали ($p<0,05$), у хворих, які проходили навчання відповідно, (45,7±1,20) бали, 1 місяць спостереження (34,5±1,18) бали ($p<0,05$), через 6 місяців (31,2±1,17) бали ($p<0,01$). Рівні особистісної тривожності були високими та знижувались у процесі реабілітації, значимими були у групі застосування «Програми» ($p<0,01$).

Висновки

Однією із складових образу кардіологічного пацієнта є психологічний статус хворого, а саме рівень тривожності, який відрізняється залежно від форми ІХС та застосованого методу реперфузійних втручань.

У хворих на ІХС виявлено високі рівні особистісної тривожності, які були найвищими у хворих, яким проведено АКШ. Реактивна тривожність, яка змінюється залежно від стресової ситуації, була підвищеною на початку лікування та знижувалась у процесі проведення реабілітаційних заходів.

Використання сугестивних методів терапії сприяє зниженню тривожності вже через тиждень лікування. Через місяць і особливо 6 місяців проявляється ефект «навчання», що дозволяє пацієнту застосовувати набуті вміння у звичайному середовищі.

У хворих, які планово готуються до втручання чи з приводу аортокоронарного шунтування чи стентування коронарних артерій, спостерігається ефект очікування, що призводить до підвищення реактивної тривожності на фоні високої особистісної тривожності. Тому ефективною є пре-реабілітація із застосуванням психологічних методів впливу перед втручанням з індивідуальним підходом та під контролем об'єктивних показників стану пацієнта.

Перспективним є комплексна оцінка результатів фізичного і психологічного відновлення хворих на ІХС залежності від ефективності проведення реперфузійних процедур.

Література

1. Ana Abreu. CROS editorial comment: Cardiac rehabilitation effectiveness in the 'new era': Any doubts after an acute coronary event? *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017;24(8):796–798.
2. Ташук ВК, Поліщук ОЮ, Юрценюк ОС, Пендерещка ОМ. Тривожність як риса особистості у пацієнтів з гострим коронарним синдромом. Інтелектуальний фонд БДМУ [інтернет]. 2010 [цитовано 2012 Січ.23]. Доступно на: <http://dspace.bsmu.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/4019>.
3. Распутін ВВ, Распутін ЛВ. Психосоматичні розлади при ішемічній хворобі серця: сучасні погляди, особливості патогенезу та лікування. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2014;2(18):557-561.
4. Гафаров ВВ, Громова ЕА, Панов ДО, Гагулин АВ, Гафарова ИВ. Высокий уровень тревожности и риск развития в течении 16 лет сердечно-сосудистых заболеваний среди населения в России/Сибири (программ ВОЗ «Мопіса-психосоціальна»). *Российский кардиологический журнал*. 2017;1(141):106-113.
5. Чугунова ЮВ, Чумакова ГА, Чугунова ЮВ, Чумакова ГА, Веселовская НГ, Веселовская НГ. Тревожно-депрессивные расстройства и качество жизни у пациентов с ожирением: обзор литературы. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2015;11-2:235-238;
6. Tully PJ, Baker RA., Knight JL. Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery. *J. Psychosom.* 2008;64:285-290.
7. Могілевич УО. Теоретико-методологічне дослідження

особливостей психологічної реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда. *Медична психологія*. 2012;4:56-59.

8. Хаустова ОО. Психокорекція та психотерапія на етапі реабілітації пацієнтів з хворобами системи кровообігу. *Ліки України*. 2010;4:12-18.

9. Чаплінський РБ. Детермінанти психологічної реабілітації хворих з гострим інфарктом міокарда. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. 2017;10:565-574.

10. Вакалюк ІП, Вірстюк НГ, Нестерак РВ. Програма клініко-психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я. *Методичні рекомендації*. Івано-Франківськ. 2018: 27 с.

R. V. Nesterak

Psychological Adaptation of Patients with Ischemic Heart Disease at the Stages of Rehabilitation after Reperfusion Interventions

Department of Internal Medicine No 2 and Nursing
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

E-mail: roxolana.nesterak@gmail.com

Abstract. Psychological adaptation is a necessary component of rehabilitation of patients with ischemic heart disease. Post-infarction period is a special adaptation period for the patient, which requires a holistic approach taking into account both medical, physical and psychological components. High levels of anxiety in patients, both before surgical interventions, and in the postoperative period, worsen the prognosis that requires to improve the methods of rehabilitation.

The objective of the research was to study the peculiarities of psychological adaptation in patients with ischemic heart disease, depending on reperfusion approaches and applied methods of rehabilitation.

Materials and methods. There were examined 450 patients with ischemic heart disease using different methods of reperfusion interventions. Depending on the methods of rehabilitation, the patients were divided into three subgroups. The determination of levels of reactive and personal anxiety was performed at the beginning of treatment, 1 week, 1 month and 6 months after treatment.

Results. There were revealed high levels of reactive and personal anxiety in patients with ischemic heart disease, which differed depending on the applied reperfusion interventions. The use of psychological methods at the stage of rehabilitation contributed to a decrease in anxiety levels a week after using suggestive therapy methods, and the effect of learning was noted a month and 6 months after the observation.

Conclusions. One of the constituents of a cardiologic patient is his psychological status, namely the level of anxiety. For the effective adaptation, it is important to use the suggestive methods of therapy and training of patients. In patients, who are scheduled for surgical operation due to ischemic heart disease, a pre-rehabilitation with an individual approach is necessary.

Keywords: *ischemic heart disease; rehabilitation; adaptation; psychology; anxiety*

Надійшла: 14.12.2018

Завершено рецензування: 26.12.2018

Прийнята до друку: 04.03.2019