

Ефективність медико-психологічної реабілітації у хворих з гострим коронарним синдромом

Роксолана Нестерак

Івано-Франківський національний медичний університет

Мирослава Гасюк

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

Досліджено динаміку змін якості життя пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) з гострим коронарним синдромом (ГКС) без елевації сегмента ST, з консервативною чи інвазивною тактикою лікування у процесі реабілітації за традиційними підходами та у ході реабілітації за «Програмою психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я». Доведено, що показники якості життя пацієнта можуть виступати критерієм ефективності реабілітації кардіологічного хворого.

Актуальність

У сучасній клінічній практиці актуальними є проблеми реабілітації та відновлення кардіологічного хворого. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) в цілому та ішемічна хвороба серця (ІХС) зокрема, залишаються у спектрі захворювань які є загрозою для життя, причиною інвалідності та зниження працездатності населення в Україні і тому серед науковців і практиків ведеться робота по вдосконаленню реабілітації пацієнтів з такими захворюваннями [2], [6].

Оцінка якості життя людини у світовій медичній та психологічній практиці є показником загального стану пацієнта, ефективності лікувальних та реабілітаційних заходів та як важливий фармакоеконічний критерій оцінки стратегій лікування та реабілітації хворого [3], [4].

Якість життя (ЯЖ) є характеристикою на основі суб'єктивного сприйняття фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування. У медицині якість життя – рівень благополуччя і задоволення тими сторонами життя, на які впливає хвороба чи її лікування. Якість життя хворої людини є інтегральною характеристикою її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів, кожен із яких у свою чергу включає цілий ряд складових, наприклад, фізичний – симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування; психологічний – тривогу, депресію, ворожу поведінку; соціальний – соціальну підтримку, роботу, громадські зв'язки тощо [1].

Вперше термін ЯЖ був використаний в «Annals of Internal Medicine» у 1966 році, де J. R. Elkkinton опублікував статтю під назвою «Медицина і якість життя», присвячену проблемі трансплантаційної медицини, Якість життя було визначено як гармонію між внутрішнім світом людини і між людиною і світом, до якої прагнуть пацієнти, лікарі і суспільство.

Нині концепція ЯЖ сприймається як гуманістичний напрям в медичній практиці (І. В. Абрамова, І. Я. Гурович, Н. О. Марута, Т. В. Панько, Н. Н. Петрова, М. Ю. Поливяная, J. H. Foster, K. L. Kraemer, J. E. Mezzich).

Мета дослідження

Мета дослідження – дійснити диференційний аналіз динаміки якості життя пацієнтів у яких діагностовано гострий коронарний синдромом (ГКС) без елевації сегмента ST у ході реабілітаційного процесу; дослідити ефективність медико-психологічної реабілітації за допомогою застосування «Програми психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я» .

Матеріали та методи

Нами обстежено 135 пацієнтів з гострим коронарним синдромом (ГКС) без елевації сегмента ST, яким була призначена консервативна чи інвазивна тактика лікування. Дослідження проводилось в Івано-Франківському обласному клінічному кардіологічному центрі у інфарктному відділенні №2 та реабілітації.

В нашій роботі ефективність медико-психологічної реабілітації було проаналізовано за показниками якості життя на прикладі впровадження «Програми психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я» [6].

Діагностика якості життя пацієнта проводилась після перебування хворого у відділенні анестезіології та реанімації з палатами інтенсивної терапії, де був встановлений діагноз, визначена тактика лікування (консервативна чи інвазивна) на етапі поступлення в у реабілітаційне відділення. Повторне обстеження відбувалася через 1 місяць та 6 місяців реабілітації.

Основним діагностичним методом дослідження став Сіетлський опитувальник та SF-36 - коротка форма неспецифічного опитувальника для визначення якості життя (The 36-Item Short Form Health Survey); додаткові: бесіда, спостереження; застосовано адекватні методи статистичної обробки отриманої інформації. Запинання були представлені на стандартизованих бланках і хворий давав відповіді на запитання. Оцінка якості життя за допомогою опитувальника SF-36 складається із 36 питань, об'єднаних у 8 шкал. Аналізувалися шкали: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE), психічне здоров'я (MH).

Організація психологічної реабілітації кардіологічного хворого проводиться за 5-кроковою стратегією консультування яка допомагає здійснити загальний огляд життєвої ситуації хворого, (етап дистанціювання), аналіз чинників, соціально-психологічних детермінант здоров'я (етап інвентаризації), актуалізацію особистісних ресурсів та ресурсів життєвого шляху на етапі реабілітації (етап ситуативного підбадьорювання), розширення життєвих перспектив та відкриття нових можливостей здійснення реабілітації та відновного лікування (етапи вербалізації та розширення цілей) [6].

Процедура участі пацієнтів у програмі реабілітації через оптимізацію ВКЗ відбувалася наступним чином: усім хворим реабілітаційного відділення рекомендувалось обрати участь у програмі психологічної реабілітації, яка реалізувалася через школу-клуб «Здорове серце». Програма не нав'язувалася, а лише рекомендувалася психологом, а тому вибір будувався на особистому усвідомленні та потребі пацієнта. Така процедура забезпечувала добровільність та особисту зацікавленість у роботі.

Співпраця з пацієнтом відбувалася через реалізацію певних етапів, зокрема: вступна бесіда, з'ясування мотивації участі у програмі; робота в обраній програмі оптимізації ВКЗ (5 занять по 60 хвилин) та індивідуальне психологічне консультування (60 хвилин) на запит окремих

досліджуваних); пост-діагностичний етап результатів впливу програми (відбувається через 1 місяць та через 6 місяців після закінчення програми) [6].

Результати та їх обговорення

Досліджувані з гострим коронарним синдромом (ГКС) без елевації сегмента ST були розподілені у групи за тактикою лікування - консервативна чи інвазивна. Розкид вибірки за віком та статтю відповідає популяції (Табл. 1).

Вік	Стать	NSTEMI (n=135)	
		Консервативне (n=60)	Стентування (n=75)
менше 45 років	жін.	-	-
	чол.	-	2 (2,67%)
45-59 років	жін.	5 (8,33%)	4 (5,33%)
	чол.	10 (16,67%)	22 (29,33%)
60-74 років	жін.	13 (21,67%)	13 (17,33%)
	чол.	15 (25,00%)	18 (24,00%)
75 і більше років	жін.	10 (16,67%)	6 (8,00%)
	чол.	7 (11,67%)	10 (13,33%)
Всього		60 (44%)	75 (56%)

Таблиця 1. Вікові характеристики досліджуваних

Результати опитування при консервативній та інвазивній тактиці лікування хворих з гострим коронарним синдромом, без елевації сегмента ST при поступленні хворого у реабілітаційне відділення представлені у Таблиці 2

Шкали якості життя	Консервативна тактика лікування	Інвазивна тактика лікування
Фізичне функціонування (PF)	44±21,0	52,4±20,0
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP)	39,3±25,4	43,3±25,1
інтенсивність болю (BP)	45,5±23,6	50,1±22,6
Загальний стан здоров'я (GH)	38,9±14,0	45,3±14,5
Життєва активність (VT)	49,8±18,0	51,4±16,2
Соціальне функціонування (SF)	45,9±20,1	53,9±22,1
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE)	42,55±28,4	45,71±28,0
Психічне здоров'я (MH)	45,1±16,5	48,1±17,2

Таблиця 2. Якість життя пацієнтів у хворих з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST при поступленні в реабілітаційне відділення Примітка: Середній показник ± середньоквадратичне відхилення

Уже аналіз результатів дослідження пацієнта після переведення до реабілітаційного відділення показує, що існує істотна різниця між показниками пацієнтів у залежності від обраної тактики лікування. Вдалося визначити, що діагностика якості життя дозволяє забезпечити індивідуальний підхід у реабілітації до кожного пацієнта із врахуванням анамнезу, клінічного та психологічного стану, доступних фармакологічних і нефармакологічних методів лікування. Встановлено, що за більшістю шкал вища якість життя у пацієнтів, що отримали інвазивну тактику лікування, що зумовлено, яскравими змінами клінічного стану пацієнта. При цьому підтверджено, що вагомими причинами зниження якості життя хворого є вікові, індивідуально-психологічні та статеві відмінності. Не менш значущими є соціальні чинники та тип ставлення до хвороби. На фізичну компоненту якості життя впливають: швидкість надання допомоги, коморбідність, вікові особливості; на психологічну: ставлення до хвороби, її тривалість тривога, депресія тощо Більш глибокий

диференційний аналіз якості життя хворого першому етапі реабілітації представлений у нашій попередній роботі [1].

Аналіз результатів дослідження динаміки змін показників якості життя пацієнта протягом реабілітації, починаючи з моменту його переведення та на наступних етапах реабілітації (через 6 місяців), показує, що істотна різниця між показниками у залежності від обраної тактики лікування зберігається протягом усього реабілітаційного процесу. Так, показники в цілому вищі у хворих які отримали інвазивну тактику лікування. Динаміка покращення у пацієнтів, які отримали реабілітацію за «Програмою» є вищою, особливо цінним є те, що така динаміка зберігається на пізніх етапах. Причинами великого розкиду значень є індивідуальні відмінності хворих, зокрема інтенсивність нападу, швидкість отримання першої допомоги, вік, тривожність, тип ставлення до хвороби, мотивація виздоровлення, тощо.

Розглянемо деякі особливості шкал якості життя детальніше. Так за шкалою «Фізичне функціонування» (PF) вищі показники у молодших пацієнтів (45-59 років та молодших) зумовлені фізичним ресурсом організму. Це характерно для обох груп, але динаміка збільшення яскравіше проявляється у експериментальній групі, особливо у тих хто вперше зіткнувся з хворобою. Незаперечним є те, що молодші пацієнти легше вчаться. Низькі показники та помірні чи низька динаміка їх розвитку у пацієнтів цієї вікової категорії характерні для людей з іпохондричним та обсесивно-фобічним типом ставлення до хвороби: спостереження за такими пацієнтами дає можливість припускати що хвороба для них є чинником фрустрації і, як наслідок, виникає фіксація на симптомах хвороби, порушення тілесного образу «Я» і соціальна дезадаптація [1]; внаслідок цього сповільнюються процеси традиційної реабілітації і динаміка змін показників у бік зростання під час застосування «Програми». Надвисокі показники на першому етапі діагностики характерні для людей з ейфорійним чи ергопатичним типом ставлення до хвороби. Для перших характерними є надмірна бравада, безпечність, ігнорування симптомів хвороби, тощо. Динаміка змін за показником помірні чи низька. Ергопатичне ставлення до хвороби провокує ігнорування захворювання чи сприйняття його як виклику: такий хворий вважає, що можливо подолати симптом вольовими зусиллями тощо. Зниження динаміки росту показника пов'язана з недовірою до реабілітаційних заходів, обмеженістю ресурсів організму, втому і ці причини є спільними для контрольної і експериментальної груп.

Динаміка змін якості життя хворого у процесі реабілітації представлена у [Таблиці 3](#) та [Таблиці 4](#)

Шкали якості життя	Традиційна реабілітація		Реабілітація із залученням до навчальної програми	
	Консервативна тактика лікування	Інвазивна тактика лікування	Консервативна тактика лікування	Інвазивна тактика лікування
PF	52,4±22,0	55,3±20,1	55,5±20,2	56±20,0
RP	43,7±20,4	50,3±17,1	45,3±23,4	51,4±20,4
BP	45,1±19,8	55,1±22,6	46,3±18,5	57,5±23,1
GH	45,4±14,0	56,5±12,5	46,3±19,3	55,5±25,0
VT	50,9±15,1	57,4±15,2	52,9±16,2	57,3±16,1
SF	55,9±20,0	58,9±18,5	55,9±18,0	59,3±25,5
RE	48,51±25,0	52,71±20,0	50,6±16,0	53,1±23,0
MH	45,1±16,8	48,2±17,0	45,9±15,8	54,3±20,0

Таблиця 3. Показники якості життя у хворих з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST на початку реабілітації (1 тиждень) Примітка: Середній показник ± середньоквадратичне відхилення

Низькі показники за фізичним функціонуванням (PF) у групі з консервативною тактикою лікування обумовлені, перш за все, віком хворого, тяжкістю захворювання, часом перебування у Відділенні анестезіології та реанімації з палатами інтенсивної терапії, незначними

відчуттями покращенням клінічного стану, перспективою довготривалого лікування

Шкали якості життя	Традиційна реабілітація		Реабілітація із залученням до навчальної програми	
	Консервативна тактика лікування	Інвазивна тактика лікування	Консервативна тактика лікування	Інвазивна тактика лікування
PF	60,5±20,0	60±13,2	60,5±27,3	69±16,4
RP	50,7±20,4	60,9±15,5	55,9±20,0	69,3±22,0
BP	55,3±18,0	66,1±18,6	59,1±26,0	73,2±20,0
GH	43,4±14,1	60,9±12,0	53,3±22,4	71,5±21,1
VT	56,2±14,5	59,4±15,1	60,5±26,5	68,9±24,5
SF	66,2±20,0	67,4±11,5	67,9±22,1	71±13,4
RE	69,71±20,0	69,8±20,4	62,9±20,1	68,5±23,0
MH	48,5±14,8	55,2±17,0	60,8±16,8	69,2±22,0

Таблиця 4. Показники якості життя у хворих з гострим коронарним синдромом без елевачії сегмента ST через 6 міс реабілітації Примітка: Середній показник ± середньоквадратичне відхилення

Пацієнти з консервативною тактикою лікування суб'єктивно оцінюють шкалу «Інтенсивність болю» (BP) як таку, яка значно заважає виконувати повсякденну діяльність, обмежує активність, хоча розкид значень також є великим. Динаміка змін є вищою у останніх, особливо дієвою виявилася «Програма» Низькі результати реабілітації за шкалою характерні для пацієнтів з дисгармонійними типами ставлення до хвороби, для пацієнтів з повторними нападами, з коморбідністю, високим рівнем тривожності, тощо. Інколи у таких пацієнтів повторне дослідження виявляє і зниження показників за шкалою.

Шкала «Загальний стан здоров'я» (GH) допомагає оцінити хворим свій стан здоров'я зараз і перспективи майбутнього лікування. Низькі бали за шкалою у пацієнтів з консервативною тактикою лікування свідчать про недовіру до видужання, знецінення прогресу між станом під час нападу і актуальним станом; цей показник показує також і недовіру до самого процесу лікування. Вищі показники за шкалою у пацієнтів з інвазивною тактикою лікування можна пояснити вірою у видужання, відчуття прогресу у лікуванні, довіру до його процесу, прийняття перспективи позитивних результатів лікування.

Значущої різниці за шкалою «Життєздатність» (VT) на етапі первинної діагностики відносно чинника «тактика лікування» не виявлено, пережитий напад, інтенсивна допомога, страх, пережитий при поступленні у лікувальний заклад і процеси прийняття хвороби забрали фізичні сили і енергію, стомили на фізичному та емоційному рівнях, життєва активність знижена. Реабілітація за допомогою «Програми» не просто висуває потребу змін у життєвому укладі пацієнта, а пропонує їх стратегію; саме тому показники у експериментальній групі досліджуваних з інвазивною тактикою лікування є вищими на усіх етапах реабілітації.

Здійснена реабілітація є ефективною і за шкалою «Соціальне функціонування» (SF). Досліджувані з консервативною тактикою лікування вважаючи, що хвороба значно обмежує їх соціальну активність, у ході реабілітації змінюють позицію. «Програма» покращує якість спілкування та емоційний стан, покращує емоційний інтелект пацієнта. Досліджувані з інвазивною тактикою лікування, відчуючи обмеження у соціальному функціонуванні, все ж більш позитивно налаштовані і мають надію на відновлення своєї соціальної активності. Цим обумовлені вищі показники за «Програмою» у чоловіків працездатного віку, у яких до прояву симптомів захворювання була висока соціальна активність.

Шкала «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» (RE) оцінює ступінь, у якому емоційний стан заважає виконанню повсякденної діяльності. «Програма» повертає суб'єктивне відчуття контролю над важливою частинною життя пацієнта. Переважаюча кількість досліджуваних є чоловіками і повсякденна діяльність є важливою частиною їх життя,

то надія на повернення цих можливостей мотивує до змін, покращує емоційний стан. Динаміка у бік покращення яскравіше проявляється у пацієнтів з інвазивною тактикою лікування. В обох групах є великий розкид значень за показником. І в контрольній, і експериментальній групі є чіткий зв'язок розкиду значень з віком та статтю пацієнтів. Чим молодша людина (вікова група 45-59 років), тим більші надії на повернення до звичного стилю життя зі збереженням особливостей рольового функціонування. Жінки цієї групи багато планують, визначають стратегії свого подальшого життя. Краща динаміка змін спостерігається у експериментальній групі пацієнтів із інвазивною тактикою лікування. У ході реабілітаційного процесу старші жінки (75 і більше років) більше аналізують минуле, відзначають жаль за зробленим / не зробленим, шукають причини захворювання, жаліються на втрату своїх можливостей. Старші чоловіки (75 і більше років) теж відзначають втрату можливостей, згадують професійні ролі, аналізують стреси пов'язані з діяльністю, планують діяльність, пов'язану з хобі. Такі зміни можна спостерігати саме у «Програмі», коли є тісний контакт з командою реабілітологів і процеси рефлексії стимулюються, зокрема психологом.

Шкала «Психічне здоров'я» (МН) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги та є загальним показником позитивних емоцій. І у цій шкалі є різниця між показниками груп досліджуваних, вищі показники спостерігаємо у групі з інвазивною тактикою лікування, нижчі з консервативною на протязі усіх етапів реабілітації. Більш ефективним є застосування «Програми», важливим є збереження ефективності дієвості реабілітації в часі, так високий показник у експериментальній групі у пацієнтів з у групі з інвазивною тактикою лікування на шостому місяці після звернення до лікаря.

Висновки

Порівняльний аналіз динаміки змін показників за шкалами опитувальника SF-36 та об'єктивного медико-психологічного дослідження стану пацієнтів, отриманого прямими та опосередкованими методами показав, що:

1. Дослідження динаміки якості життя кардіологічного хворого на всіх етапах реабілітаційного процесу є валідним і надійним способом оцінки якості та дієвості кардіореабілітації що дозволяє визначити цілісну характеристику стану пацієнта, як то фізичного, психологічного та соціального компонентів на кожному ключовому етапі кардіореабілітації.
2. У ході дослідження виявлено, що існують об'єктивні і суб'єктивні причини зміни якості життя пацієнтів з гострим коронарним синдромом (ГКС). Зокрема доведено, що відмінності у показниках якості життя пацієнтів на першому етапі реабілітації залежать від обраної тактики лікування. Встановлено, що за більшістю шкал вища якість життя у пацієнтів, що отримали інвазивну тактику лікування, що зумовлено, яскравими змінами клінічного стану пацієнта. Виявлено, що динаміка збільшення показників у цих пацієнтів зберігається протягом усієї реабілітації. Більш ефективною є реабілітація за «Програмою психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я».
3. У ході дослідження підтверджено, що вагомими причинами зниження якості життя хворого є вікові, індивідуально-психологічні та статеві відмінності. Не менш значущими є соціальні чинники та тип ставлення до хвороби. На фізичну компоненту якості життя впливають: швидкість надання допомоги, коморбідність, вікові особливості; на психологічну: ставлення до хвороби, її тривалість тривога, депресія тощо
4. Динаміка змін кожного з показників якості життя пацієнта протягом реабілітаційного процесу довела важливість поєднання медичної, фізичної та психологічної реабілітації.

References

1. Gasyuk MB, Nesterak RV. Internal picture of the health of patients with coronary heart

- disease and myocardial infarction: an empirical study. *Scientific Bulletin of the Kherson State University, Series Psychological Sciences*. 2018; 2:149-155. [Publisher Full Text](#)
2. Kornatskyi VM, Moroz DM. The effect of anxiety and depression on life quality of patients with cardiovascular disease. *Bukovinian Medical Herald Journal*. 2015; 4(76):84-88. [Publisher Full Text](#)
 3. Kudrya IP, Shevchenko TI. Assessment of the course and quality of life in patients with coronary heart disease after stenting of coronary arteries. *Actual problems of modern medicine*. 2014; 2(46):19-22. [Publisher Full Text](#)
 4. Mushkevich M, Korpach K. Conceptual approaches to the study of the phenomenon of quality of life and its evaluation. *Education of the region: political science, psychology, communication*. 2011; 3:128-131. [Publisher Full Text](#)
 5. Nesterak RV, Gasyuk MB. Pilot investigation of the method of interactive training of patients at the stage of medical rehabilitation and treatment. *Deutscher Wissenschaftsherold German Science Herald*. 2017; 4:38-41. [DOI](#)
 6. Nesterak RV, Gasyuk MB, Vakalyuk IP.
 7. Pogosova NV, Baichorov IK, Yufereva YM, Koltunov IE. Quality of life in patients with cardiovascular diseases: current state of the problem. *Cardiology*. 2010; 4:66-78.