



УДК 159.942.5

**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Ю. Ю. Шестакова, А. В. Казаева

**Уральский государственный медицинский университет,
г. Екатеринбург, Россия**

**PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF THE CARDIOLOGY
DEPARTMENT PATIENTS**

U. U. Shestakova, A. V. Kazaeva

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

Summary. The authors of the paper present the results of their study of cardiology department patients' emotional state. The comparative analysis of the patients undergoing treatment in the intensive care unit for the first time is given in this work. Such psychological features of the test patients' behavior as: relation to the disease, anxiety levels, depression are described in the paper.

Key words: psychology; psycho-emotional state; comparative analysis; test patients behavior; anxiety level.

Заболевания сердечно-сосудистой системы во всём мире занимают лидирующее место среди других клинических патологий [1]. Чаще всего больные, находящиеся в критическом состоянии, имеют такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, нарушения ритма. Тяжесть состояния больных обуславливает необходимость их госпитализации в узкоспециализированное подразделение стационара – палаты интенсивной терапии, где проводится круглосуточный мониторинг за работой жизненно важных органов и систем организма.

Тяжёлое состояние больных – причина присоединения к ним большого количества следящей аппаратуры и других медицинских приспособлений, являющихся обязательными компонентами в реанимации (капельницы, мочевого катетер, кислородная маска и т. д.).

Всё это резко ограничивает объём двигательной активности пациентов, соблюдающих строгий постельный режим, что само по себе является не-

естественным и вызывает психоэмоциональное напряжение.

Ещё одним фактором возникновения психологического дискомфорта является необходимость больных справлять физиологическую потребность только в пределах койки, используя судна и мочеприёмники. Эти, казалось бы, интимные моменты жизни человека, в работе отделения ПИТ (палаты интенсивной терапии) являются каждодневными процедурами и такими же естественными, как установка медицинской сестрой капельницы, но в то же время они служат поводом для беспокойства и волнения пациентов.

На случай возникновения остановки сердца или дыхания реаниматологи должны иметь постоянную возможность доступа ко всему телу пациента для того, чтобы быстро и беспрепятственно приступить к проведению сердечно-легочной реанимации. Это обуславливает то, что больные данного отделения находятся без нательного белья. Также одной из специфик размещения пациентов в ПИТ является наличие совместных палат – как мужчины, так и женщины



располагаются в одной палате. Данная ситуация, безусловно, влияет на эмоциональное состояние пациента.

Многие пациенты, пребывающие в реанимационном отделении, испытывают широкий диапазон эмоциональных состояний (страх, тревога, депрессия). Очень часто возникают мысли и переживания по поводу возможных осложнений и трудностей, возникающих по ходу лечения. Зачастую у больных имеется определённое стереотипное представление, что реанимация – это грань между жизнью и смертью, так как пребывание в этом отделении связано с опасностью остановки сердца.

Таким образом, как и любое другое отделение учреждения здравоохранения, палаты интенсивной терапии имеют свои особенности лечебного режима, что оказывают неблагоприятное воздействие на психо-эмоциональное состояние – это особая форма психических состояний человека с преобладанием эмоционального реагирования по типу доминанты. Эмоциональные проявления в реагировании на деятельность необходимы человеку, так как они регулируют его самочувствие и функциональное состояние.

Целью исследования являлось изучение психоэмоционального состояния пациентов, находящихся на лечении в кардиологическом отделении ГБ № 1 г. Первоуральска.

Для решения поставленной цели было опрошено 36 пациентов, находящихся на лечении в кардиологическом отделении Городской больницы № 1 г. Первоуральска. Все пациенты были разделены на 3 группы:

– группа «0» – пациенты, никогда не проходившие лечение в реанимационном отделении;

– группа «1» – пациенты, проходившие лечение в реанимации один раз;

– группа «2» – пациенты, проходившие лечение в реанимации неоднократно (2 и более раз).

В исследовании использовался комплекс психодиагностических методик:

– личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), позволяющий определить тип отношения к болезни [2];

– тест смысложизненных ориентаций личности (СЖО), направленный на изучение смысложизненных ориентаций личности, составляющих основу образа Я;

– авторская анкета на определение эмоционального отношения пациента к смерти и эмоционального состояния пациента (15 вопросов);

– методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга для клинической диагностики депрессии;

– методика диагностики самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина для определения личностной и ситуационной тревожности пациента.

В ходе исследования были получены следующие результаты по тесту ЛОБИ. У больных группы «0» чаще всего встречается эйфорический тип реагирования на болезнь (75%). У данных пациентов наблюдается необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное и пренебрежительное отношение к лечению. У 67% больных отмечен гармоничный тип, то есть происходит трезвая оценка своего состояния.

Среди пациентов группы «1» можно отметить следующее: 75% больных имеют гармоничный тип, 50% – эйфорический, 42% – эргопатический, то есть происходит «уход от болезни в работу». Отличительным свойством данной группы пациентов является наличие обсессивно-фобического типа отношения к болезни – 25%.

Тревожная мнительность таких больных, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных, но малообоснованных неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью.



25 % пациентов имеют сенситивный тип – существует чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о их болезни.

Большинство пациентов группы «2» также имеют гармоничный и эйфорический типы отношения к болезни (по 67%), 25 % – эргопатический, 17% – сенситивный и 58% – анозогнозический тип, который означает, что у больного происходит активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных её последствиях. Нередко у них происходит отказ от обследования и лечения, возникает желание «обойтись своими средствами» [3].

В качестве одного из методов исследования пациентам был предложен опросник Спилберга. Данный тест является надёжным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личной тревожности (как устойчивой характеристики человека).

В ходе опроса мы выяснили, что по шкале «ситуативная (реактивная) тревога» 50% пациентов групп «1» и «2» имеют низкую тревожность, 50% – среднюю. Из группы «0» только 33% больных имеют низкую тревожность и 67% – среднюю. Реактивная тревожность – это тенденция воспринимать достаточно широкий круг ситуаций в качестве угрожающих для себя. Наиболее часто психологический стресс протекает в этой форме. Ситуативная тревожность характеризуется субъективными переживаемыми эмоциями, напряжением, беспокойством, нервозностью.

По шкале «личностная тревога» можно отметить тот факт, что 8% больных групп «0» и «2» имеют низкий уровень личностной тревожности, а 92% – средний. Также нами было отмечено, что 100% пациентов группы «1» имеют средний уровень тревожности. Личностная тревога – это тенденция реагировать на определённые ситуации по-

явлением различного уровня тревоги. Высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями.

С целью дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики, нами использовалась методика Зунга. Были получены следующие результаты.

Подавляющее большинство пациентов (91% – 33 человека из 36) пребывают в кардиологическом отделении без депрессии. 2 пациента групп «0» и «2» на момент проведения исследования имели лёгкую депрессию ситуативного или невротического генеза, но отчётливо выраженное снижение настроения. 1 пациент группы «2» имел истинное депрессивное состояние и глубокое снижение настроения.

Анализируя результаты анкеты, мы сделали следующие выводы:

– на вопрос «Как часто Вы находитесь в хорошем настроении?» ответили: всегда хорошее (группа «0» – 25%, «1» – 8%, «2» – 33%); скорее да, чем нет (50% пациентов всех трёх групп); скорее нет, чем да («0» – 25%, «1» – 42%, «2» – 20%).

– «Как Вы оцениваете/видите своё будущее?». Мнения респондентов по данному вопросу разошлись: подавляющее большинство пациентов групп «0» (67%), «1» (50%) и «2» (75%) указали, что своё будущее видят рядом с родными и близкими. Если пациенты группы «0» посчитали важным для себя в будущем работу (33%), то у респондентов групп «1» и «2» приоритеты меняются на здоровье (33 и 42% соответственно).

– 8% пациентов в каждой из групп часто фантазируют о том, что их когда-нибудь не станет; большинство анкетированных групп «0» и «1» иногда, но



фантазируют о своей смерти (33 и 67%), а пациенты группы «2» – редко (42%). Это говорит о том, что страх смерти наиболее ярко выражен у тех больных, которые ранее проходили лечение в реанимационном отделении.

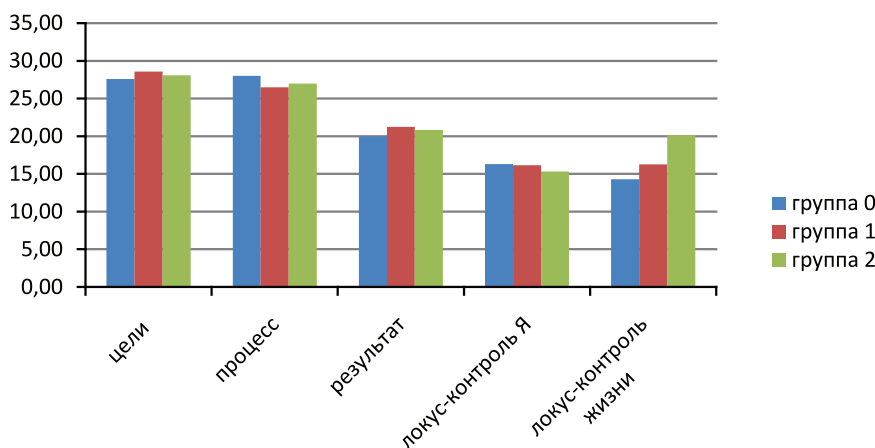
– Чувство безысходности часто испытывают 8% пациентов группы «2», иногда – представители всех трёх групп (25, 33 и 42% соответственно). Примечательно, что данное состояние присуще в большей степени респондентам группы «2», проходящими лечение в палате интенсивной терапии неоднократно.

– На вопрос «Чего Вы боитесь больше всего?» 33% пациентов группы «0» ответили, что не боятся ничего, 25% боятся преждевременной смерти и 17% – потери близких. Для анкетированных группы «1» основными страхами так же являются потеря близких и преждев-

ременная смерть (по 33%), 17% боятся паралича. В группе «2» 33% пациентов боятся потери близких, 25% утверждают, что страхов не имеют, прогрессирования болезни и преждевременной смерти боятся 17% пациентов, что указывает на страх смерти и наличие тревоги относительно своей будущей жизни. Некоторые пациенты из всех трех групп признались, что больше всего они боятся старости, финансового кризиса и зубного врача (по 8%).

– Респонденты групп «0» и «1» на момент проведения анкеты выбрали бы жизнь, наполненную как радостями, так и трудностями (по 100%), а пациенты группы «2» предпочли покой и одиночество (33%).

Анализ результатов теста смысловых ориентаций личности (СЖО) представлен на рисунке.



Из рисунка видно, что наличие целей в будущей жизни и временных перспектив имеют близкое значение у пациентов трёх групп, при этом показатель является низким по отношению к среднему, что говорит о том, что всем группам пациентов свойственно жить сегодняшним или вчерашним днём. Возможно, это связано с наличием тревоги и страха по поводу исхода предстоящего лечения. По шкале «процесс» можно отметить, что у больных групп

«1» и «2» показатели являются почти одинаковыми, а у пациентов группы «0» балл выше предыдущих. Это свидетельствует о том, что пациентам, уже проходившим лечение в реанимации, присущ признак неудовлетворённости своей жизнью в настоящем, она кажется менее интересной и эмоционально насыщенной. По шкале «результат» мы так же можем отметить близкие значения у всех трёх групп испытуемых, причём показатель является ниже среднего.



Это означает, что у всех пациентов существует неудовлетворённость прожитой частью жизни. Результаты по шкале «локус-контроля Я» также имеют очень близкие значения у трёх групп пациентов, но являются низкими по отношению к средним, из чего можно предположить, что все группы испытуемых в той или иной степени обладают склонностью не верить в свои силы контролировать события собственной жизни. С другой стороны, разница между значениями шкалы «локус-контроль жизни» существенна. Пациенты группы «0» испытывают большее чувство фатализма, убеждённость в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее [2].

По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

1. Многие пациенты, находясь на лечении в реанимационном отделении, испытывают различные отрицательные эмоциональные состояния (чувство страха, тревоги).

2. У кардиологических пациентов, никогда не проходивших лечение в реанимационном отделении, чаще всего встречается эйфорический тип реагирования на болезнь, для них характерно необоснованно повышенное настроение и нередко пренебрежительное отношение к лечению. Для пациентов, проходивших лечение в реанимации один раз и неоднократно, характерны гармоничный, обсессивно-фобический и анозогностический типы отношения к болезни, существует тревожная мнительность больных о возможных неудачах в жизни, работе, семье в связи с болезнью, а так же происходит отказ

от обследования и лечения, возникает желание обойтись своими силами.

3. Среди пациентов кардиологического отделения возможны случаи возникновения лёгкой депрессии ситуативного или невротического генеза, а также истинного депрессивного состояния и глубокого снижения настроения.

4. Пациенты, ни разу не проходившие лечение в реанимации, испытывают большее чувство фатализма, убеждённость в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее. Больным, проходившим лечение в реанимации, присущ признак неудовлетворенности своей жизнью в настоящем, она кажется менее интересной и эмоционально насыщенной.

Библиографический список

1. Калинина С. Г., Габинский Я. Л. Тромболитическая терапия острого инфаркта миокарда: теория и практика. – Екатеринбург: Издательство АМБ, 2008. – 230 с.
2. Леонтьев Д. А. Тест смысловых ориентаций. – 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
3. Психологическая диагностика отношения к болезни. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library122.php>.

Bibliography

1. Kalinina S. G., Gabinskiy Ya. L. Tromboliticheskaya terapiya ostrogo infarkta miokarda: teoriya i praktika. – Ekaterinburg: Izdatelstvo AMB, 2008. – 230 s.
2. Leontev D. A. Test smyislozhiznennyih orientatsiy. – 2-e izd. – M.: Smyisl, 2000. – 18 s.
3. Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library122.php>.

© Шестакова Ю. Ю., 2014