

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ: АНАЛИЗ РЕАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ И РАСЧЕТНОЙ ПОТРЕБНОСТИ

*А.А. Великанов, И.А. Зеленская, Е.И. Лубинская,
О.Б. Николаева, Е.А. Демченко*

Работа посвящена организационным аспектам оказания психологической помощи в кардиологическом стационаре больным с инфарктом миокарда и перенесшим операцию прямой реваскуляризации миокарда. Изучена реальная востребованность психологической помощи в соотношении с расчетной потребностью. Установлено, что реальная востребованность и расчетная потребность различаются в 4 раза: 21 и 85 % соответственно. Для обеспечения расчетной потребности необходимо изменение существующих штатных расписаний лечебно-профилактических учреждений. Достаточное количество штатных психологов позволит осуществлять свойственные им функции и задачи в полном объеме.

Ключевые слова: психологическая помощь, кардиология, реальная востребованность, расчетная потребность.

Согласно современным представлениям, медицинская реабилитация рассматривается как комплекс взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных не только на восстановление и сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление (сохранение) личности и социального статуса больного [7].

Основными инструментами реабилитационного вмешательства, которые используются комплексно, являются: медикаментозная терапия, физические тренировки, диетотерапия, психосоциальная поддержка, информирование и обучение, динамическое наблюдение [3, 6].

Таким образом, психологическая реабилитация является неотъемлемой составной частью любой комплексной программы медицинской реабилитации и кардиореабилитации в частности.

Основные цели мероприятий по психологической реабилитации предполагают коррекцию эмоциональных состояний (главным образом эмоционального напряжения, тревоги и депрессии), отношения к болезни, личностных особенностей. Кроме того, важной целью психологической реабилитации является достижение оптимальной приверженности пациентов к выполнению врачебных рекомендаций по медикаментозному лечению, немеди-

каментозной коррекции факторов риска, динамическому наблюдению. Реализация указанных целей необходима для повышения качества жизни больных и улучшения их прогноза.

В Российских рекомендациях «Диагностика и лечение стабильной стенокардии» (раздел 9.3) отмечено, что в психологической реабилитации нуждается фактически каждый страдающий стенокардией больной [4]. Это связано, во-первых, с довольно высокой распространенностью различных психоневротических расстройств у больных кардиологического профиля – от 25 до 60 % их численности, по данным разных авторов [5, 9]. Во-вторых, существует необходимость привлечения психолога к решению некоторых актуальных проблем, влияющих на результат процесса лечения, например, низкой приверженности к лечению и неудовлетворительной коррекции факторов сердечно-сосудистого риска, характерных для большинства пациентов [1, 8] – более 80 % таких пациентов).

Цель настоящей работы – расчет потребности кардиологического стационара в объеме психологической помощи на основе анализа реальной повседневной работы медицинского психолога в Федеральном центре сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Министерства здравоохране-

ния РФ (ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова Минздрава России).

Материал и методы. В анализ были включены статистические и отчетные данные за 2009 год о психологическом консультировании пациентов двух стационарных кардиологических отделений (с общим коечным фондом 85 коек), оказывающих медицинскую помощь больным с инфарктом миокарда и перенесшим операцию прямой реваскуляризации миокарда. Учитывалось число больных, проконсультированных медицинским психологом, их доля в общем количестве пролеченных в отделениях больных, число проведенных первичных и повторных консультаций. Кроме того, проводился хронометраж времени, затрачиваемого на проведение психологических консультаций.

В связи с отсутствием приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, детально регламентирующих деятельность психолога в соматической клинике, работа психолога осуществлялась в соответствии с разработанной нами ранее схемой организации психологической реабилитации в кардиологической клинике [2]:

1. Лечащий врач информирует пациента о влиянии психоэмоциональных особенностей на прогноз и качество жизни, о необходимости своевременного выявления неблагоприятных психологических факторов, соучаствующих в этиологии и патогенезе болезни.

2. Лечащий врач направляет пациента на первичную консультацию медицинского психолога, оказывает психологу помощь при знакомстве с медицинской документацией и формулирует клиническую задачу для психолога.

3. Психолог, получив согласие пациента, проводит психодиагностическое обследование.

4. Психолог обсуждает с врачом-кардиологом результаты обследования, влияющие на эффективность лечебного процесса.

5. Психолог обсуждает с пациентом результаты обследования: выявленные индивидуальные психологические особенности, их возможный вклад в развитие и течение заболевания.

6. Психолог определяет показания к психологической коррекции и обсуждает с лечащим врачом оптимальный режим ее проведения с учетом соматического состояния больного.

7. Психолог осуществляет психологическую коррекцию в индивидуальной и/или групповой форме; при необходимости рекомендует направить пациента на консультацию другого специалиста (невролога, психотерапевта).

8. В случае необходимости продолжения психотерапевтических мероприятий после выписки из стационара психолог рекомендует пациенту поддерживающую психотерапию, объясняет ее преимущества.

В качестве инструментария психодиагностики у всех больных использовались методики для выявления тревожных и депрессивных состояний (шкала депрессии Зунга, опросник депрессии Бека, методика реактивной и личностной тревожности Спилберга – Ханина, опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R). Другие методики (проективные, патопсихологические, нейропсихологические) подбирались в зависимости от целей и задач психодиагностического исследования. В большинстве случаев применялись личностные опросники (опросник Шмишека, тест «Невротические черты личности») и методика «ТОБОЛ». Далее определялся план психокоррекционной работы и при необходимости проводилась психокоррекция, в рамках которой в основном использовались когнитивно-поведенческие методы.

Результаты. Основным поводом назначения консультации психолога были «очевидные» для лечащего врача проявления эмоционально-негативных состояний и/или нарушения поведения пациентов. Общее число пролеченных в двух кардиологических отделениях пациентов – 1152. В течение 2009 года консультация психолога была назначена 253 больным (22 % численности всех пролеченных), из которых проконсультировано 240 пациентов (20,8 %). Отказались от рекомендованной консультации 13 пациентов (5,2 % численности пациентов, имевших такую рекомендацию). Численность пациентов, у которых исключалась возможность психологической консультации по разным причинам (в том числе тяжесть соматического заболевания, затрудняющая проведение психодиагностического обследования и психокоррекции, наличие психотического состояния, требующего консультации психиатра, достаточно короткий период пребывания в отделении и т. п.), составила 8,7 % от всех пролеченных.

Всего было проведено 534 первичных консультаций. В среднем проходило 3–5 консуль-

таций в день, как правило, с равным количеством первичных и повторных консультаций. Консультации осуществлялись непосредственно в день ее назначения или на следующий день.

Психодиагностическое обследование проводилось в 72,6 % случаев в течение 2 встреч, в 27,4 % – в течение 3 встреч. В ходе первой беседы устанавливался контакт с пациентом, приобреталась важная информация для обоснования выбора экспериментально-психологических методик. Во время второй встречи выполнялось экспериментально-психологическое обследование. Затем проводилась консультация по результатам обследования и при необходимости психокоррекция.

Итоговая продолжительность психологического консультирования одного больного составляла в сумме от 1 ч 52 мин до 3 ч 17 мин (в среднем – 2 ч 27 мин), при средней продолжительности одной встречи – 63 мин. Всего ежедневная продолжительность психологических консультаций составляла 4 ч 12 мин при среднем числе консультаций – 4 в день. Обработка результатов тестирования, написание заключения, беседа с лечащим врачом перед проведением консультации или по ее результатам занимали, по данным проведенного хронометража, от 2 ч 07 мин до 3 ч 21 мин (в среднем – 2 ч 24 мин). При расчете времени, затрачиваемого на другие виды профессиональной деятельности (участие в консилиумах, разборах клинических случаев, совещаниях, научно-практических конференциях, конгрессах, съездах, чтение лекций), было определено среднее значение этого показателя в день – 7,5 мин в день. Всего время, затрачиваемое на весь приведенный объем работы, составило в сумме в среднем 6 ч 43,5 мин в день. Разница между нормативной продолжительностью рабочего дня при пятидневной рабочей неделе и продолжительностью работы по описанной схеме организации психологической реабилитации кардиологических больных составила 58,5 мин в день. Расчетные данные по количеству рабочих дней в году, средней продолжительности одной консультации, численности больных, требующих 2 и 3 консультаций, показывают, что имеется резерв, достаточный для консультирования еще 90 больных в год.

При установленной по результатам проведенного исследования реальной потребности в психологических консультациях эти 90 больных составляют 20,8 % от 432 пациентов,

пролеченных за год. Из этого следует, что при работе с тем же койко-днем и оборотом койки, что и в указанных в данной работе отделениях, потребуется дополнительно 30 коек.

Обсуждение. Реальная потребность кардиологического стационара, оказывающего помощь больным с инфарктом миокарда и перенесшим операцию прямой реваскуляризации, в специалистах – медицинских психологах, с учетом приведенных выше показателей реального объема работы и времени, затрачиваемого на его выполнение, количества рабочих дней в году и продолжительности рабочего дня, определяется из расчета 1 штатная единица на 120 коек, что значительно выше, чем предусмотрено штатными расписаниями большинства стационаров, оказывающих помощь аналогичным клиническим группам пациентов.

По нашему мнению, следует еще раз подчеркнуть условия, при которых были выполнены представленные выше расчеты:

- основным поводом назначения консультации были «очевидные» для лечащего врача проявления эмоционально-негативных состояний и/или нарушения поведения пациентов;

- психологическая помощь была оказана лишь 20 % от всех пролеченных в стационаре пациентов;

- основные затраты рабочего времени психолога были связаны с проведением психодиагностических мероприятий.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 16.09.2003 № 438, приложение №2 («Положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи», раздел 2), к функциям и задачам медицинского психолога относятся проведение психодиагностических, психокоррекционных, реабилитационных и психопрофилактических мероприятий, а также участие в проведении психотерапии и мероприятиях по психологическому обеспечению лечебно-диагностического процесса и некоторые другие. Нельзя не отметить, что в реальной ситуации расширение спектра функций невозможно, поскольку не подкрепляется соответствующим кадровым обеспечением.

Расчетная потребность. По мнению специалистов, занимающихся вопросами кардиореабилитации, все больные со стабильным течением ишемической болезни сердца, особенно перенесшие инфаркт миокарда, опера-

цию прямой реваскуляризации миокарда, должны быть проконсультированы психологом. Эта позиция нашла отражение в отечественных рекомендациях по лечению стабильной стенокардии. Однако результаты проведенного исследования показывают, что в современной ситуации практический расчет должен производиться исходя из ориентировочной потребности в таких услугах у 85 % таких больных, поскольку в обследованной выборке 5,2 % больных категорически отказываются от консультации, а у 8,7 % пациентов ее проведение по разным причинам невозможно. В целом, расчетная потребность в психологической помощи в 4 раза выше уровня ее реального предложения, может быть обеспечена при штатном расписании, предусматривающем наличие 1 штатной единицы медицинского психолога на 30 коек.

Выводы

1. Реальная востребованность психологической помощи в стационаре, оказывающем медицинскую помощь больным с инфарктом миокарда и перенесшим операцию прямой реваскуляризации, в 4 раза меньше расчетной ее потребности. При этом работа психолога ограничена в основном психодиагностическими мероприятиями.

2. Расчетная потребность в психологической помощи таким больным может определяться на уровне 85 % всех пролеченных за год больных и может быть реализована при штатном расписании, предусматривающем 1 ставку медицинского психолога на 30 коек стационарного кардиологического отделения.

Литература

1. Грацианский, Н.А. Гиполитидемические средства. I / Н.А. Грацианский // *Кардиология*. – 1994. – Т. 34, № 3. – С. 49–69.
2. Демченко, Е.А. Организационные аспекты психологической реабилитации кардиологических больных / Е.А. Демченко,

А.А. Великанов // *Материалы III Международного конгресса «Психосоматическая медицина – 2008»*. – СПб., 2008. – С. 42–45.

3. Демченко, Е.А. Реабилитация кардиологических больных. Ч. II (продолжение). Ч. III / Е.А. Демченко // *CorVasaSanguis. Современные медицинские технологии*. – 2008. – №1/2. – С. 24–27).

4. Российские рекомендации «Диагностика и лечение стабильной стенокардии» // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008*; 7(6) Приложение 4. – <http://www.scardio.ru/recommendations/approved000E1/default.asp>

5. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей / А.Б. Смулевич. – М.: Мед. информ. агентство, 2001. – 253 с.

6. *Cardiac Rehabilitation* / S. Gielen, A. Mezzani, R. Hambrecht, H. Saner: in *The ESC Textbook of cardiovascular medicine. Chapter 25*. – 2009. – <http://esctextbook.oxfordonline.com/contents.dtl>

7. *Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity)*, in collaboration with the American association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation / A.S. Leon, B.A. Franklin, F. Costa et al. // *Circulation*. – 2005. – 111. P. 369–376).

8. Rozanski, A. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy / A. Rozanski, J.A. Blumenthal, J. Kaplan // *Circulation*. – 1999. – 99. – P. 2192–2217.

9. Inadequate control of hypertension in US adults with cardiovascular disease comorbidities in 2003-2004 / N.D. Wong, V.A. Lopez, G. L'Italien et al. // *Arch Intern Med*. – 2007. – 167. – P. 2431–2436.

Поступила в редакцию 21.10.2012 г.

Великанов Арсений Апетович. Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории реабилитации, медицинский психолог психотерапевтического отделения, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург.

Arseny A. Velikanov. Candidate of psychological science, senior researcher at the Research Laboratory of rehabilitation, medical psychologist psychotherapy department, Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, St. Petersburg.

Зеленская Ирина Александровна. Младший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории реабилитации, медицинский психолог психотерапевтического отделения, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург.

Irina A. Zelenskaya. Junior researcher at the Research Laboratory of rehabilitation, medical psychologist psychotherapy department, Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, St. Petersburg.

Лубинская Екатерина Игоревна. Аспирант, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург.

Catherine I. Lubinskaya. Postgraduate, Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, St. Petersburg.

Николаева Ольга Борисовна. Аспирант, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург.

Olga B. Nikolaeva. Postgraduate, Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, St. Petersburg.

Демченко Елена Алексеевна. Доктор медицинских наук, заведующий научно-исследовательской лабораторией реабилитации, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург.

Elena A. Demchenko. Doctor of Medicine, Head of the Research Laboratory of rehabilitation, Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, St. Petersburg.