

Stresinių gyvenimo įvykių įtaka dviem išeminės širdies ligos formoms: miokardo infarktui ir stenokardijai

Nomeda Ausmanienė

Doktorantė

Vytauto Didžiojo universiteto Psichologijos katedra

Donelaičio g. 52, LT-3000 Kaunas

Tel. /faks. 32 35 94

Darbe nagrinėjama stresinių gyvenimo įvykių įtaka dviem išeminės širdies ligos (IŠL) formoms, t. y. miokardo infarktui ir stenokardijai. Ištyrėme tris grupes po 30 žmonių: pirmą grupę sudarė asmenys, patyrę miokardo infarktą, antrą – sergantys įvairaus sunkumo stenokardija be miokardo infarkto ir trečią – sveiki asmenys (kontrolinė grupė). Tyrimui naudotos šios metodikos: gyvenimo pasikeitimų testas (LES), skirtas subjektyviai įvertinti gyvenimo įvykius; nerimo ir depresijos skalė somatiniams ligoniams (HAD); pacientų ir gydytojų vertintas ligos sunkumas. Analizuojant rezultatus, atsižvelgta į šiuos aspektus: stresinių gyvenimo įvykių įtaką IŠL; grupių skirtumus pagal gyvenimo pasikeitimų skaičių, jų vertinimą ir nerimo bei depresijos lygį. Šio darbo rezultatai leidžia daryti išvadą, kad sveiki asmenys ir sergantieji IŠL statistiškai patikimai nesiskiria pagal gyvenimo pasikeitimų skaičių, bet IŠL sergantys asmenys statistiškai patikimai dažniau negu sveiki naudoja kraštutinius neigiamus vertinimus savo gyvenimo įvykiams aprašyti.

Šiame šimtmeityje išsivysčiusiose šalyse pasikeitė sergamumo ir mirštamumo struktūra. Šie pasikeitimai siejami su mokslo ir technikos pažanga, žmogų veikiančiu informaciniu stresu, urbanizacija ir akceleracija. Infekcinės ligos, išskyrus kai kurias virusines, pasitraukė į antrą planą, o pagrindinę vietą užėmė išeminė širdies liga (IŠL), vėžys, hipertonija ir kitos endogeninės arba neinfekcinės ligos. Pasaulinės medicinos statistikos duomenys [pgl. 1] rodo, kad IŠL daugiausiai sergama ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse. Kaune per pastaruosius dešimt metų mirštamumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir toliau užima pirmą vietą; nuo šių ligų miršta kas trečias darbingas miesto gyventojas [12]. IŠL

registro duomenys rodo nuolat didėjančių vyrų sergamumą miokardo infarktu (MI) ir mirštamumą nuo IŠL [3]. Kraujo apytakos sistemos ligos, kankinusios vyrus, vis dažniau neaplenkia ir moterų [9]. Rodiklių dinamika rodo, kad iki šiol taikomos šios ligos gydymo ir profilaktikos priemonės yra mažai efektyvios. Didžiulis IŠL paplitimas, jos savotiška epidemija techniškai išsivysčiusiose šalyse, aukštas mirtingumo lygis ir invalidumas dėl šios ligos ragina ieškoti veiksmų, kurie gali veikti ligos etiologiją, patogenezę, eigą ir prognozę. Labai plačiai nagrinėti tokie IŠL rizikos veiksniai kaip arterinė hipertenzija (sistolinė, diastolinė), antsvoris, hipercholesterolemija, hiperglikemija, nepakankamas

fizinis aktyvumas, rūkymas, elgesio ypatumai, vadinami A tipu [2; 3; 4; 5; 6; 10; 18; 19; 20]. Klinikinių ir epidemiologinių tyrimų duomenys rodo, kad MI ir kitos IŠL formos atsiranda ir žmonėms, neturintiems šių rizikos veiksnių, taigi IŠL genezei daro įtaką ir kiti veiksniai. Galime manyti, kad vienas iš jų – psichoemocinė įtampa, arba stresas [14;17]. Literatūroje apie streso įtaką MI ir stenokardijai dažnai susiduriame su prieštariniais teiginiais [15]. Gydytojai praktikai intuityviai teigia, kad žmonės, sergantys MI ir krūtinės angina, skiriasi. Tuo remdamasi pabandžiau pažvelgti į stenokardija ir MI sergančių žmonių psichologines problemas.

Šio darbo tikslas – nustatyti stresinių gyvenimo įvykių įtaką dviem IŠL formoms: miokardo infarktui ir stenokardijai; atsakyti į klausimus, ar šie ligoniai skiriasi savo psichinėmis savybėmis, ar ne, ar jie vienodai reaguoja į stresą, ar vienodas jų nerimo ir depresijos lygis.

Metodika

Tiriamieji. Tyrimui pasirinkti tik vyrai, remiantis pasaulinės statistikos duomenimis, kad IŠL yra klasikinė vyrų liga, ir siekiant, kad statistinis darbo patikimumas būtų didesnis. Ištyrėme tris grupes po 30 žmonių. Pirmą grupę sudarė asmenys, kuriuos trejų metų laikotarpiu (vid. 2,1 +1,1) buvo ištikęs MI. Jie lankėsi kardiolo-

gijos poliklinikoje, vartojo vaistus, dideliais skausmais nesiskundė. Antrą grupę sudarė asmenys, sergantys įvairaus sunkumo stenokardija be MI. Ligos trukmė nuo pirmųjų simptomų – nuo 9 mėn. iki 15 metų (vid. 11,5 + 9,6). Šie ligoniai rečiau lankosi poliklinikoje, dauguma vartoja vaistus tik užėjus priepuoliui, t. y. nereguliariai. Trečią grupę sudarė sveiki asmenys. 1-oje lentelėje pateikiamas tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių.

Įvertinimo priemonės. Stresiniams gyvenimo įvykiams nustatyti pasirinktas gyvenimo pasikeitimų testas (LES – angl. *Life Experiences Survey*). Įsukūrė amerikiečių mokslininkai Irvinas G. Sarasonas, Jamesas H. Jonsonas ir Judith M. Siegel [13]. LES atitinka stresinių gyvenimo įvykių matavimo charakteristikas, t. y. teste pateikiami tikėtini įvykiai yra testuojamoje populiacijoje, atsižvelgiama į individualizuotą įvykio įtakos vertinimą, į tam tikrą konkretaus geistinumą ar negeistinumą aspektą. LES – tai 57 klausimų klausimynas apie įvairius žmogaus gyvenime įvykusius pasikeitimus. Pažymėdamas įvykį, tiriamasis turi apibraukti įvertinimą, kokią įtaką, jo nuomone, tas įvykis jam turėjo. Galimi 7 vertinimo laipsniai: 3 negatyvūs (–3; –2; –1), 1 neutralus (0) ir 3 pozityvūs (+1; +2; +3). Tiriamųjų buvo prašoma prisiminti vienerių metų prieš pirmuosius ligos simptomus laikotarpį ir jį įvertinti.

Siekiant nustatyti tiriamųjų būseną atsakant į klausimus bei įvertinti jų emocines reakcijas,

1 lentelė. *Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių*

| Amžiaus grupės | Ligoniai | | Sveiki |
|----------------|----------------------------|------------------------|------------|
| | persirgę miokardo infarktu | sergantys stenokardija | |
| 21–30 | – | 1 (3,3%) | 3 (10,0%) |
| 31–40 | 4 (13,3%) | 1 (3,3%) | 6 (20,0%) |
| 41–50 | 12 (40,0%) | 3 (10,0%) | 10 (33,4%) |
| 51–60 | 10 (33,4%) | 18 (60,0%) | 9 (30,0%) |
| 61–70 | 4 (13,3%) | 7 (23,4%) | 2 (6,6%) |
| | 30 (100%) | 30 (100%) | 30 (100%) |

naudota A. S. Zigmondo ir R. P. Snaitho Ligoninės nerimo ir depresijos skalė (HAD – angl. *Hospital Anxiety and Depression Scale*) [21]. Skalėje yra 14 teiginių, kuriuos galima suskirstyti į dvi grupes (po 7 teiginius kiekvienoje). Viena grupė skirta nerimo lygiui nustatyti. Tai teiginiai apie baimę, paniką, įtampą, gebėjimą atsipalaiduoti. Antra teiginių grupė sudaro depresijos skalę ir parodo, kaip pasikeičia tiriamoji pomėgiai, požiūriai, nuotaika ir įpročiai. Kiekvienam teiginiui pateikiami keturi atsakymų variantai. Kiekvienas atsakymas vėliau įvertinamas balu nuo 0 iki 3.

Siekiant nustatyti ligonio būklę, buvo paprašyta gydytojų ir pačių ligonių įvertinti ligą. Ligoniu pateikiamas teiginys „mano liga“ ir keturi galimi atsakymai, kurie įvertinami balais: a) labai sunki (4 balai); b) sunki (3 balai); c) vidutinė (2 balai); d) lengva (1 balas). Medikai, gydantys tyrime dalyvaujančius žmones, įvertino jų somatinę būklę pasirinkdami vieną iš šių keturių atsakymų.

Tyrimo eiga. Tyrimai buvo atliekami Kauno akademinių klinikų Kardiologijos poliklinikoje. Stenokardija sergančiųjų grupė tirta apklausiant juos namuose. Sergantys MI ligoniai lankėsi Kardiologijos poliklinikoje. Juos tyrimui siuntė gydytojas.

Rezultatai ir jų aptarimas

Naudojant LES metodiką, nustatyti per metus prieš pirmuosius ligos simptomus įvykę pasikeitimai tiriamųjų gyvenime, sužinota, kiek gėdžiami ar negeidžiami buvo šie įvykiai. Palyginus tiriamųjų grupes pagal įvykių skaičių naudojant Stjūdento t kriterijų (1-oje 138 įvykiai; 2-oje 164; 3-ioje 120), statistškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Vienas žmogus 1-oje grupėje pažymėjo vidutiniškai 4,6 + 5,72 įvykius; 2-oje grupėje – 5,47 + 6,6; 3-ioje –

4,23 + 5,58. Taigi pagal išgyventų įvykių skaičių asmenų, patyrusių miokardo infarktą, sergančių krūtinės angina, ir sveikų asmenų grupės nesiskiria.

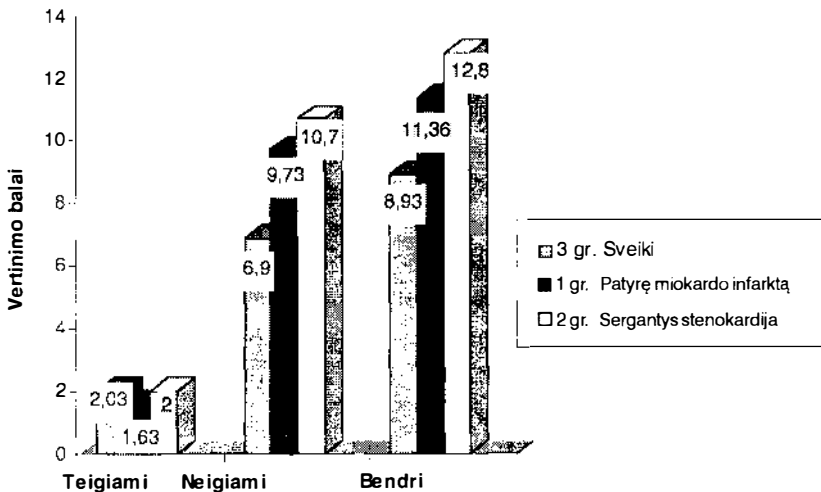
Analizuojant LES testo duomenis, išsiskiria klausimai „favoritai“, t. y. stresiniai gyvenimo įvykiai, kuriuos dažniausiai minėjo visų grupių tiriamieji. Tai įvairūs finansinės situacijos pasikeitimai, artimųjų ir draugų ligos, sužeidimai ir mirtys, konfliktai ir įvairūs pasikeitimai šeimoje bei darbe. Pasikeitimus šeimoje (artimųjų mirtis, sužeidimai ar ligos, seksualiniai sunkumai, nemalonumai ir konfliktai su sutuoktiniu ar jo (jos) giminėmis, skyrybos, naujo šeimos nario atsiradimas, laikinas išsiskyrimas su sutuoktiniu, vaikų vedybos ir pan.), darbe (darbo sąlygos, laiko pasikeitimas, naujas darbas, atsakomybė darbe, pensija, atsistatydinimas, pavojus būti atleistas, perkeltami žemesnės pareigos ir kt.) ir finansinės padėties pasikeitimus nurodė 82,3 proc. tiriamųjų, persirgusių miokardo infarktu. 13,3 proc. nenurodė nė vieno reikšmingo įvykio vienu metu prieš ligą laikotarpiu. Sergančiųjų stenokardija grupėje pasikeitimus šeimoje, darbe ir finansinės padėties pokyčius nurodė 88,2 proc. tiriamųjų, o nė vieno – 10 proc. Sveikų žmonių grupėje pasikeitimus pažymėjo 65,6 proc., o 30 proc. nenurodė nė vieno įvykio per metus. Pastebėjome, kad dauguma pasikeitimų įvyksta prieš 0–6 mėn. iki pirmojo ligos simptomo. Tiriamųjų, persirgusių miokardo infarktu, grupėje 86,4 proc. visų nurodytų įvykių atsitiko prieš 0–6 mėn. iki ligos, o kiti 13,6 proc. – prieš 7–12 mėn. Sergančiųjų stenokardija grupėje 69,3 proc. visų pažymėtų pasikeitimų įvyko prieš 0–6 mėn. iki pirmojo priepuolio, o 30,7 proc. – prieš 7–12 mėn. Sveikų tiriamųjų grupėje pirmas ir antras metų pusmetis pagal pažymėtų įvykių skaičių nesiskiria (53,3 proc. prieš 0–6 mėn., 46,7 proc. prieš 7–12 mėn.).

Apibendrinant atliktą kiekybinę LES testo analizę, galima daryti svarbią išvadą, kuri prieštarauja lūkesčiams, jog pagal išgyventų įvykių skaičių visos trys tiriamųjų grupės nesiskiria. Pasirodo, kad vieni žmonės, išgyvenę tuos pačius įvykius, į juos reaguoja liga, kiti ir toliau lieka sveiki. Galima manyti, kad stresiniai gyvenimo įvykiai atlieka katalizatoriaus vaidmenį IŠL patogenezėje, t. y. jie paspartina šios ligos išsivystymą asmenims, turintiems polinkį sirgti koronarinėmis ligomis. Stresiniai gyvenimo įvykiai – tai vienas iš IŠL rizikos veiksnių, kartu su kitais lemiančių šią ligą.

Kokybinė LES testo analizė rodo, kaip žmonės skirtingai vertina įvairius pasikeitimus savo gyvenime. Nustatyta, kad yra įvykių (pavyzdžiui, laikinas išsiskyrimas su sutuoktiniu; sūnus arba dukterė palieka namus; gyvenamosios vietos pakaitimas; naujas darbas ir pan.), kuriuos vieni vertina teigiamai, kiti – neigiamai. Šie faktai patvirtina prielaidą, kad skirtingi žmonės tuos pačius įvykius išgyvena ir vertina skirtingai.

Nagrinėjant išgyventų įvykių vertinimų vidurkius trijose tiriamųjų grupėse pagal Stjudento t kriterijų, nustatytos tam tikros kitimo tendenci-

jos (1 pav.). Matome, kad visos trys tiriamųjų grupės (sergančiųjų stenokardija, persirgusių miokardo infarktu ir sveikų asmenų) statistiškai patikimai nesiskiria pagal teigiamus įvykių vertinimus. Sveikų ir sergančiųjų IŠL grupės statistiškai patikimai skiriasi pagal neigiamus išgyventų įvykių vertinimus (lyginant sveikus ir sergančius stenokardija tiramuosius ($p < 0,05$); sveikus ir asmenis, persirgusius miokardo infarktu ($p < 0,1$)). Taigi ligoniams būdinga daugiau neigiamų vertinimų negu sveikiems ($p < 0,1$). Ligoniai, sergantys krūtinės angina, tuos pačius įvykius vertina labiau neigiamai negu asmenys, persirgę miokardo infarktu, bet šis skirtumas statistiškai nereikšmingas. Galima daryti išvadą, kad ligonių neigiami vertinimai panašūs ir statistiškai reikšmingai ($p < 0,1$) skiriasi nuo sveikų žmonių išgyventų įvykių neigiamų vertinimų. Kadangi pagal išgyventų įvykių skaičių bei teigiamus vertinimus sergantys IŠL bei sveiki tiriamieji statistiškai reikšmingai nesiskiria, galime manyti, kad IŠL sukelia ar ją paspartina ne pats pasikeitimas, o stresas, kurį sukelia nepageidaujami įvykiai. Aišku, šiai prielaidai patvirtinti reikia ilgalaikių tyrimų.



1 pav. Gyvenimo pasikeitimų vertinimų vidurkių palyginimas

2 lentelė. Tiriamųjų, sergančių įvairaus sunkumo stenokardija, stresinių įvykių vertinimų vidurkiai

| Stenokardijos funkcinė klasė | Stresinių įvykių vertinimų vidurkiai | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------|---------------|
| | Teigiami | Neigiami | Bendri |
| I | 1,5 ± 0 | 4,5 ± 0 | 6,0 ± 0 |
| II | 3,5 ± 1,12 | 9,5 ± 7,04 | 13,0 ± 7,85 |
| III | 2,0 ± 2,48 | 11,07 ± 8,59 | 13,07 ± 11,42 |
| IV | 3,25 ± 2,68 | 12,6 ± 5,43 | 15,75 ± 7,63 |

Metodikos autoriai, kokybiškai vertindami LES testo rezultatus, reikšmingu rodikliu laiko bendrą balų skaičių, kuris gaunamas sumuojant teigiamų vertinimų balus ir neigiamus vertinimus be ženklo. Palyginę bendrus (1 pav.) visų trijų grupių vertinimus, matome, kad sergančių stenokardija ir persirgusių miokardo infarktu asmenų bendri vertinimai statistiškai reikšmingai skiriasi nuo sveikų žmonių vertinimų ($p < 0,1$). Ligonų grupės pagal bendrus vertinimus tarpusavyje nesiskiria.

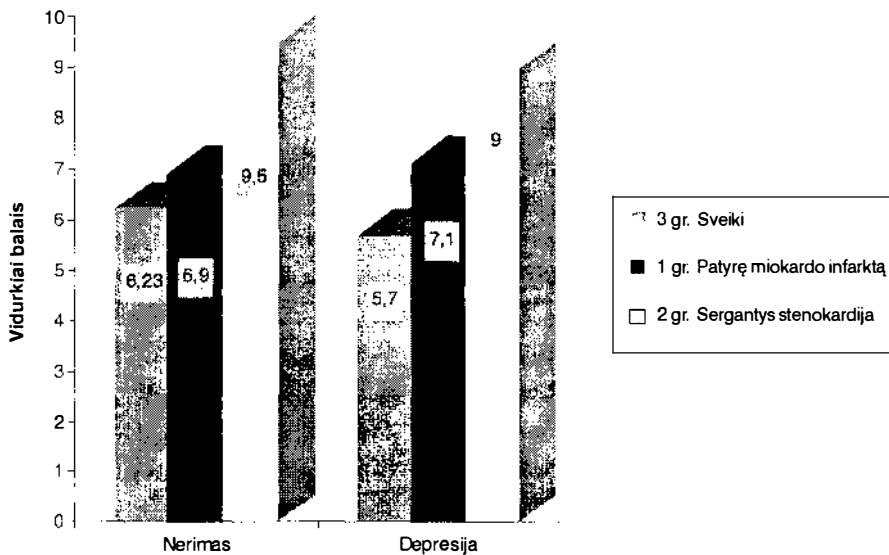
Visose tiriamųjų grupėse nustatyta, kad neigiamų vertinimų vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi nuo teigiamų vertinimų vidurkių ($p < 0,001$). Tai galima paaiškinti tuo, kad mūsų žmonės daugiau linkę skųstis gyvenimu, negu ieškoti jame teigiamų dalykų. Be to, pati metodika skirta labiau neigiamoms negu pozityvioms pasikeitimams.

Suskirsčius antros grupės tiriamuosius pagal funkcinės stenokardijos klases, pastebėtos tam tikros įvykių vertinimų vidurkių kitimo tendencijos (žr. 2 lentelę). Matyti, kad, didėjant stenokardijos funkcinėi klasei, t. y. sunkėjant klinikinėms ligos charakteristikoms, neigiami ir bendri vertinimai didėja, nors statistiškai reikšmingų skirtumų dėl didelės šių vertinimų variacijos bei mažo tiriamųjų skaičiaus įvairiose funkcinėse klasėse nėra.

Kaip žmogus suvokia ir vertina jį supantį pasaulį, priklauso nuo jo psichikos būklės [6].

Kiekviena liga, o ypač tokio gyvybiškai svarbaus organo kaip širdis, sutrikdo žmogaus psichinę pusiausvyrą, keičia gyvenimo būdą ir elgesį, sukelia įvairias emocines reakcijas [11;16]. Naudojant HAD skalę, nustatytas tiriamųjų nerimo ir depresijos lygis. Visose trijose grupėse HAD skale buvopateiktavieną kartą. Pagal Stjūdento t kriterijų buvo nagrinėti nerimo ir depresijos vidurkiai trijose tiriamųjų grupėse bei nustatytos tam tikros kitimo tendencijos (2 pav.).

Mažiausio nerimo ir depresijos vertinimai gauti sveikų tiriamųjų grupėje. Ligonų, patyrusių miokardo infarktą, ir nerimo, ir depresijos vidurkiai aukštesni už sveikų žmonių grupės nerimo ir depresijos įvertinimus, tačiau šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas. Nustatyta, kad sergančiųjų stenokardija nerimo ir depresijos vidurkiai yra aukštesni ir viršiją skalės autorių nurodomą normalaus nerimo ir depresijos lygmenį (7 balai). Lyginant stenokardija sergančius tiriamuosius su sveikų žmonių grupe, gauti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp nerimo ($p < 0,001$) ir depresijos ($p < 0,001$) vidurkių. Taip pat gauti truputį mažesni, bet statistiškai reikšmingi skirtumai tarp ligonių, patyrusių miokardo infarktą, bei sergančiųjų stenokardija nerimo ($p < 0,01$) ir depresijos ($p < 0,05$) įvertinimų. Taigi matyti, kad asmenų, persirgusių miokardo infarktu, grupė yra artima sveikų žmonių grupei pagal nerimo ir depresijos įvertinimą, o sergančiųjų stenokardija grupė nutolusi



2 pav. Nerimo ir depresijos vertinimų vidurkiai

nuo pirmųjų dviejų grupių. Galime manyti, kad žmonės, patyrę miokardo infarktą, yra apsipratę su liga, kuri apie save neprimena dideliais skausmais. Reikėtų prisiminti, kad šie ligoniai lankėsi Kardiologijos poliklinikoje, konsultavo si su gydytojais, buvo jų stebimi, laikėsi gydytojų nurodymų. Visa tai galėjo būti veiksniai, suteikiantys jiems vidinį nusiramimą ir mažinantys nerimą bei depresines nuotaikas. Manau, kad stenokardija sergančių žmonių aukštus nerimo ir depresijos įvertinimus galėtume paaiškinti tuo, kad šie žmonės jaučia gana dažnus spaudžiančio ir slėgiančio pobūdžio skausmus. Aukštą pacientų, sergančių krūtinės angina, nerimo ir depresijos lygį lemia ir tai, kad šie žmonės turi psichologinių problemų. Tyrimo metu paaiškėjo, kad jiems būdingos uždaro, priešiško reakcijos, už kurių slepiasi nusivylimas poliklinika, teikiama medicinos pagalba, šie ligoniai skundžiasi, kad jiems skiriama per mažai dėmesio.

Suskirsčius antros grupės tiriamuosius pagal funkcinės stenokardijos klases, pastebėtos tam

tikros nerimo ir depresijos kitimo tendencijos (žr. 3 lentelę). Pažymėtina, kad visi nerimo ir depresijos vidurkiai, išskyrus 1-os funkcinės stenokardijos klasės vertinimą ir 2-os funkcinės klasės depresijos vertinimą, yra kliniškai reikšmingi. Kuo aukštesnė stenokardijos funkcinė klasė, t. y. kliniškai sunkesnė liga, tuo nerimas didesnis, nors dėl nedidelio tiriamųjų skaičiaus statistiškai reikšmingų skirtumų tarp nerimo vidurkių įvairiose funkcinėse stenokardijos klasėse nenustatyta. Depresijos vidurkiai 1-oje ir 2-oje klasėse yra nedideli ir mažai skiriasi vienas nuo kito, 3-ios ir 4-os funkcinės klasės depresijos vidurkiai atitinkamai didėja. 4-os funkcinės stenokardijos klasės depresijos vidurkis statistiškai reikšmingai skiriasi nuo 1-os ir 2-os klasių depresijos vidurkių ($p < 0,1$).

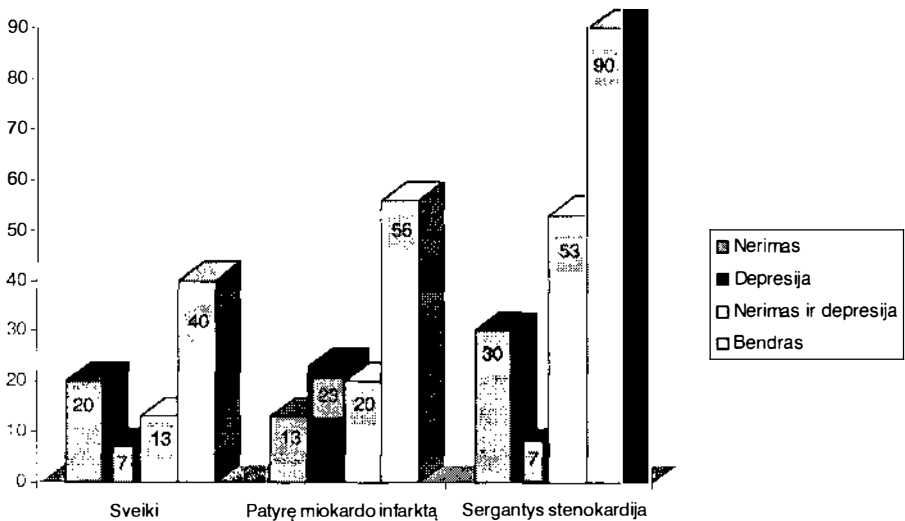
Nagrinėjant individualius atvejus (3 pav.), net 90 proc. sergančių stenokardija, 56 proc. patyrusių miokardo infarktą ir 40 proc. sveikų tiriamųjų buvo nustatyti kliniškai reikšmingi nerimo, depresijos arba kartu nerimo ir depresijos įvertinimai. Tiriamųjų, patyrusių miokardo

3 lentelė. Tiriamųjų, sergančių įvairaus sunkumo stenokardija, nerimo ir depresijos vidurkiai

| Stenokardijos funkcinė klasė | Depresijos vertinimai | Nerimo vertinimai |
|------------------------------|-----------------------|-------------------|
| I | 7,0 ± 2,0 | 7,5 ± 1,5 |
| II | 6,5 ± 1,5 | 9,17 ± 3,01 |
| III | 9,14 ± 3,76 | 9,36 ± 3,59 |
| IV | 11,13 ± 2,78 | 10,5 ± 2,74 |

infarktą, grupė išsiskiria didžiausiais kliniškai reikšmingais depresijos simptomais (23,3 proc.) bei mažiausiais nerimo (13,3 proc.) simptomais. Bendras šios grupės kliniškai reikšmingų emocijų reakcijų skaičius nedaug viršija sveikų žmonių kliniškai reikšmingų reakcijų skaičių. Sergančių stenokardija grupė išsiskiria bendru kliniškai reikšmingų emocijų reakcijų skaičiumi. Kliniškai reikšmingų depresijos apraiškų skaičius toks pat kaip ir sveikų žmonių grupėje, tačiau, sergant stenokardija, depresijos reakcijos dažniau susijusios su padidėjusiu nerimu.

Analizuojant nerimo ir depresijos vertinimus įvairiose amžiaus grupėse, statistškai reikšmingų skirtumų tarp nerimo intensyvumo ir amžiaus nebuvo nustatyta. Apskaičiuavus nerimo įvertinimų ir amžiaus koreliacijos koeficientus, visose tiriamųjų grupėse gauti neigiami koreliacijos koeficientai ($r_1 = -0,137$; $r_2 = -0,322$; $r_3 = -0,44$). Tai reiškia, kad amžiui didėjant nerimas turi tendenciją mažėti. Šie amžiaus ir nerimo koreliacijos koeficientai yra statistškai nereikšmingi. Amžiaus ir depresijos įvertinimų koreliacijos koeficientai yra teigiami ($r_1 = 0,829$; $r_2 = 0,186$; $r_3 = 0,002$), t. y. depresija laikui bėgant didėja sergančiųjų grupėse. Sveikų žmonių grupėje amžiaus ir depresijos koreliacijos koeficientas beveik lygus nuliui. Patikrinus amžiaus ir depresijos įvertinimų koreliacijos koeficientų statistinį reikšmingumą, nustatyta, kad tik pirmoje grupėje šis koeficientas yra statistškai patikimas ($p < 0,1$). Taigi kuvo vyresnio amžiaus žmonės ištinka miokardo infarktas, tuo didesne depresija jie reaguoja.



3 pav. Tiriamųjų, kurių nerimo ir depresijos lygis kliniškai reikšmingas, skaičius procentais

Tiriamųjų emocinių reakcijų vertinimuose pastebimos tam tikros tendencijos: tiriamiesiems, kurių nerimo įvertinimas aukštesnis, nustatytas didesnis balų skaičius ir depresijos skalėje; kitų tiriamųjų labai žemas nerimo lygmuo ir mažas arba normalus depresiskumas. Apskaičiavę trijų tiriamųjų grupių nerimo ir depresijos koreliacijos koeficientus, gavome šitokius rezultatus: 1-oje grupėje $r = 0,715$; 2-oje grupėje $r = 0,548$; 3-ioje grupėje $r = 0,693$. Šie koreliacijos koeficientai yra statistiškai reikšmingi visose tiriamųjų grupėse ($p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,002$; $p_3 < 0,001$). Šie teigiami, statistiškai reikšmingi koreliacijos koeficientai rodo, kad nerimas ir depresija yra labai susiję tarpusavyje, t. y. dažniausiai pasitaiko mišrus nerimo ir depresijos sindromas. Apskaičiavus koreliacijas tarp LES testo bendrų įvertinimų ir nerimo bei depresijos bendro balo, gauti šitokie rezultatai: $r_1 = 0,811$; $r_2 = 0,704$; $r_3 = 0,753$ ($p < 0,001$). Taigi žmonės skiriasi emocionalumu, vidinių jėgų mobilizuotumu, jautrumu stresiniams įvykiams.

Palyginus ligonių ir gydytojų ligos sunkumo vertinimų vidurkius pirmose dviejose tiriamųjų grupėse, nustatyta, kad visi vidurkiai statistiškai lygūs. Atidžiau pažiūrėjus į ligonių ir gydytojų somatinės būklės vertinimų balus, matyti, kad tik apie 50 proc. gydytojų ir ligonių somatinės būklės vertinimų abiejose tiriamųjų grupėse sutampa. Šiems ligoniams būdingas realistiškas savo būsenos suvokimas be polinkio pervertinti jos sunkumą ar tinkamai jo neįvertinti. Tokie pacientai gali aktyviai dalyvauti gydymo procese. Nagrinėjant nesutampantiems somatinės būklės vertinimus, matyti aiški tendencija, kad ligoniai perdėtai vertina savo būklės sunkumą. 1-oje grupėje liga vertinama kaip sunkesnė vidutiniškai 1,15 balu; 2-oje – 1,0 balu. Tokių pacientų abiejose grupėse yra 43,3 proc. Ir tik nedaug ligonių (1-oje

grupėje – 13,4 proc.; 2-oje grupėje – 6,7 proc.) nepakankamai vertina savo ligą.

Apskaičiavus somatinės būklės vertinimų ir nerimo bei depresijos koreliacijas, gauti teigiami, statistiškai patikimi koreliacijos koeficientai, t. y. kuo blogiau vertinama somatinė būklė, tuo didesnis nerimo ir depresijos balas. Gerokai stipresnės koreliacijos tarp pacientų vertinimų ir nerimo bei depresijos balų negu tarp gydytojų vertinimų ir šių emocinių reakcijų abiejose tiriamųjų grupėse (1 gr. $R_p = 0,743$ ($p < 0,001$), $R_g = 0,637$ ($p < 0,001$); 2 gr. $R_p = 0,683$ ($p < 0,001$), $R_g = 0,388$ ($p < 0,05$)). Kuo subjektyviai sunkesnė ligonio būklė, tuo didesnis jo nerimo ir depresijos lygmuo. Taigi nerimas ir depresija labiau parodo įsivaizduojamą, o ne realų pavojų sveikatai. Pacientų somatinės būklės vertinimų ir LES testo bendrųjų vertinimų koreliacijos koeficientai yra teigiami, statistiškai patikimi ($p < 0,05$) ir didesni už gydytojų vertinimų ir LES testo bendrųjų vertinimų koreliacijos koeficientus. Tačiau šios koreliacijos yra silpnesnės negu subjektyvaus ligos sunkumo ir nerimo bei depresijos balų koreliacijos. Taigi ligonių savo somatinės būklės suvokimas ir vertinimas yra susijęs su praėjusių gyvenimo pasikeitimų vertinimu, tačiau ryšys tarp suvokiamo ligos sunkumo ir dabartinės emocinės būklės yra stipresnis. Kaip teigia E. Kuė [7], „Mes esame tai, kuo patys save padarome, o ne tai, kuo likimas mus nori padaryti... Kiekviena kilusi mintis yra mums tikra ir turi polinkį realizuotis veiksmu. Kovoje tarp įsivaizdavimo galios ir valios visuomet laimi įsivaizdavimo jėgos.“ Prisiminkime gerai žinomą psichologijoje taisyklę: išsipildo tai, ko mes laukiame, tikimės, bijome, ir mums iškils be galo rimta problema.

Išvados

1. Sveiki ir sergantys IŠL žmonės statistiškai reikšmingai nesiskiria pagal gyvenimo pasikei-

timų skaičių. Šiuo tyrimu nenustatyta išgyventų įvykių skaičiaus ir atsiradusios patologijos tiesioginio ryšio.

2. IŠL sergantys asmenys statistiškai patikimai dažniau negu sveiki naudoja kraštutinius neigiamus vertinimus savo gyvenimo įvykiams aprašyti. Pagal teigiamai vertinamų įvykių kiekį šios grupės nesiskiria.

3. Gautos teigiamos, statistiškai reikšmingos koreliacijos tarp gyvenimo pasikeitimų ir nerimo, depresijos bei ligos vertinimų. Taigi ligos sukeltas stresas gali veikti ir gyvenimo įvykių vertinimą.

4. Ligoniai, sergantys stenokardija su skausminiu sindromu, bei asmenys, patyrę miokardo infarktą bet nejauciantys skausmų, patikimai skiriasi pagal nerimo ir depresijos rodiklius. Nustatyti sergančių stenokardija ligonių nerimo ir depresijos vertinimų vidurkiai yra kliniškai reikšmingi; žmonių, patyrusių miokardo infarktą, grupė yra artima sveikų žmonių grupei pagal nerimo ir depresijos vertinimus.

Tyrimo rezultatai rodo, kad reikia atsižvelgti į sergančiųjų IŠL nuostatas bei emocines reakcijas ir atitinkamai jas koreguoti.

LITERATŪRA

1. Baubiničė A., Domarkienė S., Goštautas A., Prochorskas P. Miokardo infarkto profilaktika. Vilnius, 1986.

2. Domarkienė S. Išeminės širdies ligos rizikos įvertinimas ir korekcijos galimybė: Darbas habilit. dr. laipsniui įgyti. Kaunas, 1994. 44 p.

3. Domarkienė S. Širdies ir kraujagyslių ligų epidemiologinių tyrimų raida ir svarbiausi rezultatai // Medicina. 1996, t. 32(9), p. 818–829.

4. Goštautas A. Psichologiniai širdies ligų profilaktikos aspektai. Vilnius, 1986.

5. Grabauskas V. J. Populiacionnyje podchody v profilaktike serdceno-sosudistoj i drugoj ninfecionnoj patologii: Avtoref. dis. d-ra med. nauk. Kaunas, 1990. 84 p.

6. Jarosz M. Psychologia Iekarska. Warszawa, 1983.

7. Kuč E. Sugestija ir autosugestija. Kaunas, 1931.

8. Miscvičienė I. Izučienije vzaimosviazii faktorov riska so smertnosti ot išemičeskoj boleznii serdca sredi reprezentativnogo 45–59-letnogo mužskogo kontingenta g. Kaunasa: Avtoref. dis. ...kand. nauk. Kaunas, 1981. 21 p.

9. Nuo ko ir kaip miršta vilnicčiai: 1992 metų statist. leid. Vilnius, 1993.

10. Prochorskas P. Issledovanije vozmožnostej prognozirovanija voznikovenija i ischodov išemičeskoj boleznii serdca: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. Kaunas, 1981. 20 p.

11. Psichičeskie narušenija pri gipertoničeskoj boleznii i drugih sosudistych zabolcvanijach. Moskva, 1960.

12. Radišauskas R., Rastenytė D., Domarkienė S., Jurėnienė K. // Medicina. 1995, t. 31, 2 priedas, p. 472.

13. Sarason I. G., Jonson J. H., Siegel J. M. Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Life Experiences Survey // J. of Consul. and Clinic. Psychol. 1978, vol. 46, no. 5, p. 932.

14. Selje G. Stress bez distressa. Moskva, 1979.

15. Sidorenko B. A., Revenko V. N. Psichoemocionalnoje napriazhenie i išemičeskaja bolezn serdca. Kišinio, 1988.

16. Skerritt P. W. Anxiety and the Heart – a Historical Review // Psychological Medicine. 1983, vol. 13, p. 17.

17. Šnablis Z. Nervai? Vilnius, 1987.

18. Tamošiūnas A. Su gyvenimo būdu susiję rizikos veiksniai: epidemiologinė situacija ir įtaka sergamumui bei mirtingumui nuo išeminės širdies ligos // Medicina. 1996, t. 32(9), p. 830–837.

19. Varanauskienė E. A. Issledovanije prognostičeskoj značimosti narušennoj tolcrantnosti k gliukoze v razvitiji išemičeskoj boleznii serdca sredi mužčii srednogo vozrasta g. Kaunasa (15-letnec prospektivnoje nabludcnije): Avtoref. dis. kand. med. nauk. Kaunas, 1991. 24 p.

20. Vilkauskas L., Tamošiūnas A., Domarkienė S., et al. // Medicina. 1995, t. 31, p. 642.

21. Zigmund A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta Psychiatr. Scand. 1983, vol. 67, p. 361.

THE INFLUENCE OF LIFE-EVENT STRESS ON TWO FORMS OF THE ISCHEMIC HEART DISEASE: MYOCARDIAL INFARCT AND STENOCARDIA

Nomeda Ausmanienė

S u m m a r y

The work deals with the influence of life-event stress on two forms of the ischemic heart disease (IHD) -- myocardial infarct and stenocardia. Three groups of 30 people in each were surveyed. The first group consisted of people after myocardial infarct, the second group - of people suffering from different extent of stenocardia without myocardial infarct, and the third one was formed of healthy people (control group). The following methods were used for the research: Life Experiences Survey test (LES) for subjective evaluation of life events; Hospital Anxiety and Depression Scale for somatic patients (HAD); evalu-

ation of disease seriousness by patients and doctors. The following aspects were evaluated when analysing the results: influence of life-event stress on IHD; inter-group differences depending on anxiety and depression level, on number of life changes and their evaluation. Results of this study enabled to conclude that there are no statistically significant differences between healthy people and patients suffering from IHD in respect of the number of life changes, but the patients with IHD more often than healthy people use extremely negative evaluations when describing their experiences.

Įteikta 2000 01 14