

Позднее обращение за помощью при остром коронарном синдроме — взгляд на причины с точки зрения нарративной медицины

Шайдюк О. Ю.¹, Кудинова М. А.², Таратухин Е. О.¹, Сапунов И. В.¹, Замятин К. А.¹

В статье предлагаются причины промедления с обращением за медицинской помощью больных острым коронарным синдромом с точки зрения индивидуализации работы. Для анализа применён подход нарративной медицины, т.е. способа осмыслять медицинские ситуации методами гуманитарных наук, а точнее — понимать ситуацию заболевания как события жизни пациента, его биографического нарратива. Данные категории важны как с позиции этики и пациентоориентированности, так и с позиции повышения показателей здравоохранения через адресное обучение населения в рамках первичной профилактики. Показан ряд установок, которые ведут к промедлению с обращением за помощью: ригидность мышления, нежелание причинять беспокойство, атипичность проявлений, недоверие медицине и неизвестность медицинского процесса. В целом, включение ситуации болезни в биографический процесс происходит через отрицание болезни, через недоверие медицине и/или здравоохранению, через простое промедление (прокрастинацию). В качестве решения этих проблем предлагается оценка общего информационного фона, в который погружены пациенты как участники социума, с формированием адресного обучения в зависимости от социальной категории.

Российский кардиологический журнал. 2019;24(9):41–43

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2019-9-41-43>

Ключевые слова: приверженность, пациентоориентированность, картина болезни, психосоматика, социокультурные факторы, инфаркт миокарда, организация здравоохранения.

Конфликт интересов: не заявлен.

¹ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва; ²ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, Москва, Россия.

Шайдюк О.Ю. — к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета, ORCID: 0000-0001-8308-6302, Кудинова М.А. — к.м.н., зав. отделением кардиологии, ORCID: 0000-0002-3223-8457, Таратухин Е.О.* — к.м.н., доцент, магистр психологии, магистр культурологии, зав. кафедрой биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО международного факультета, ORCID: 0000-0003-2925-0102, Сапунов И.В. — студент научного кружка кафедры ЮНЕСКО международного факультета, ORCID: 0000-0002-9268-458X, Замятин К.А. — студент научного кружка кафедры ЮНЕСКО международного факультета, ORCID: 0000-0001-6271-228X.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
cardio03@list.ru

Рукопись получена 15.08.2019

Рецензия получена 22.08.2019

Принята к публикации 29.08.2019



Delayed help-seeking in acute coronary syndrome — view of a problem in terms of narrative medicine

Shaydyuk O. Yu.¹, Kudinova M. A.², Taratukhin E. O.¹, Sapunov I. V.¹, Zamyatin K. A.¹

The article suggests the reasons for the delayed help-seeking in patients with acute coronary syndrome in terms of individualization of work. For analysis, the approach of narrative medicine was used, that is, a way to conceptualize medical situations using the methods of the humanities, or rather, to understand the disease as an event in the patient's life — his biographical narrative. These categories are important both from the standpoint of ethics and patient orientation, and from the standpoint of health improving through education of the population. A number of attitudes are shown that lead to delay in help-seeking: rigidity of thinking, unwillingness to cause discomfort, atypical manifestations, distrust of medicine and the unknown medical process. In general, the inclusion of a disease in the biographical process occurs through denial of the disease, distrust of medicine and/or healthcare, procrastination. As a solution of these problems, an assessment of the general informational background of patients as society participants and education depending on the social category, is proposed.

Russian Journal of Cardiology. 2019;24(9):41–43

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2019-9-41-43>

Key words: compliance, patient orientation, clinical performance, psychosomatics, sociocultural factors, myocardial infarction, healthcare organization.

Conflicts of Interest: nothing to declare.

¹Russian National Research Medical University, Moscow; ²O. M. Filatov City Clinical Hospital № 15, Moscow, Russia.

Shaydyuk O. Yu. ORCID: 0000-0001-8308-6302, Kudinova M. A. ORCID: 0000-0002-3223-8457, Taratukhin E. O. ORCID: 0000-0003-2925-0102, Sapunov I. V. ORCID: 0000-0002-9268-458X, Zamyatin K. A. ORCID: 0000-0001-6271-228X.

Received: 15.08.2019 **Revision Received:** 22.08.2019 **Accepted:** 29.08.2019

В недавно опубликованной статье Концевой А. В. и др. (2019) рассмотрена проблема недостаточно раннего обращения за медицинской помощью при развитии острого коронарного синдрома [1]. Указано, что средний показатель времени от начала симптомов до звонка в скорую помощь составляет порядка 2 часов, практически не изменившись за прошедшие десятилетия. Большая работа проводится по анализу

причин такой задержки, поскольку потенциал сокращения времени приезда бригады скорой помощи для улучшения исходов уже исчерпан. Одной из главных возможных стратегий указывается обучение населения — знание и настороженность относительно симптомов серьёзного сердечно-сосудистого события. Безусловно, это важная часть работы. Её можно проводить на двух уровнях: простое информирование

и создание осознанного отношения, понимания. Для второго варианта требуется более глубокое понимание процессов личности, переживания заболевания, картины заболевания, чтобы сформулировать более эффективные способы информирования.

Нарративная медицина — разновидность включения представлений и способов анализа, принятых в гуманитарных науках (культурологии, социологии, антропологии, психологии и др.), для понимания проблем небиологического (небиомедицинского) характера [2]. Нарратив — последовательное повествование (от англ. *narrate* — рассказывать). Принимая во внимание, что человек является биосоциальным существом, важно научиться учитывать “социальную” часть человека, т.е. мир его личности, символического взаимодействия, коммуникации. Это реализуется при помощи психологических количественных методов и методов качественного анализа, например, глубинного и/или полуструктурированного интервью. Кроме того, взгляд социальных наук позволяет декодировать процессы, происходящие в социальной среде, чтобы предложить своё объяснение проблемам, в итоге становящимся частью медицинской практики и показателей здравоохранения.

В проведённом нами ранее исследовании [3] у больных инфарктом миокарда, в форме глубинного полуструктурированного интервью, был обнаружен ряд установок, мешавших вовремя обратиться за помощью. В частности, задержка до вызова скорой помощи колебалась от 2 часов до 2 недель, включая обнаружение изменений на электрокардиограмме при обращении в поликлинику по другому поводу. Причинами назывались следующие: “невозможность представить” развитие у себя инфаркта в силу молодого возраста и общего хорошего самочувствия, занятий спортом; представление об общем ухудшении здоровья в силу старшего возраста, а не заболевания; “недоверие здравоохранению”, боязнь очередей в поликлиниках. Эти и другие подобные установки могут быть обнаружены в ходе беседы с пациентом — при исследовании либо в практике, т.е. при сборе анамнеза, обсуждении лечения. Но только лишь осведомлённость о них даёт довольно мало в отношении влияния на них. Далее мы предлагаем результаты более глубокого, нарративного анализа установок, связанных с промедлением при возникновении симптомов заболевания, по данным литературы и по собственным данным.

Материал и методы описаны в ранее вышедшей статье [3]. Выделенные варианты установок, смысловых интенциональных конструктов, которые в итоге вели к позднему обращению за помощью, показаны далее.

Ригидность мышления. Сложность переключения своей жизни со “здоровой” на “больную”. В отличие от заболеваний, обычно развивающихся исподволь,

острый коронарный синдром — событие внезапное. У одного из пациентов наутро планировался вылет, когда ночью начались боли за грудиной. Он не хотел “сеять панику”, боялся отмены поездки. Важность символического наполнения культурных практик может быть выше болезненной симптоматики. Так, пациенту, у которого в итоге развился разрыв миокарда, скорая помощь была вызвана лишь после полуночи: семья праздновала Новый год, хотя болевой синдром развился за полтора часа до полуночи. “А вдруг пройдёт” — установка, которая имеет место, если симптомы не усиливаются, и тем более, если уменьшаются. Отношение ценностей: например, ценность потерянного отпуска сравнивается с другой ценностью — и если оказывается, что на чаше весов жизнь, здоровье, решение будет принято в пользу обращения за помощью (“Если бы знать...”). Но до установления диагноза этих данных нет, а значит, решения основаны на самочувствии и на известной информации. Болезнь может восприниматься как нечто вторгающееся в жизнь, и ригидность мышления не позволяет переключиться на новое событие как имеющее более высокую ценность (хотя и негативную), чем текущие мероприятия. Формирование ясного представления о вариантах развития острого коронарного синдрома, о важности времени, позволит пациентам более адекватно принимать решения.

Нежелание причинять беспокойство. Деликатность, нежелание привлекать внимание, причинять беспокойство близким, а равно лишний раз вызывать скорую помощь, для некоторых пациентов оказываются причиной промедления. При этом принимается во внимание позиция пациента в семье: если это “глава семьи”, добытчик, его здоровье может представляться более важным, чем зависимого (и особенно, престарелого) члена семьи, в собственном представлении.

Атипичные проявления. Не всегда острый коронарный синдром принимает формы, указывающие на патологию сердца. Стереотип инфаркта миокарда как “сердечного приступа” может снизить внимание к симптоматике, если заболевание проявляется, например, общей слабостью. Если “болит сердце”, ситуация воспринимается как более важная.

Недоверие медицине. Данная установка связана с ощущением опасности по отношению к событиям, которые происходят с пациентом, когда он попадает в клинику. Так, одна больная 70 лет категорически отказывалась от госпитализации при установленном диагнозе инфаркта миокарда без подъёма ST, вынудив скорую помощь трижды совершить выезды к ней, а затем на протяжении недели — участковому терапевту ежедневно посещать её. Свой отказ от госпитализации она объясняла тем, что доверяет только “знакомым врачам”. Если не удаётся “договориться” о месте госпитализации, она предпочитает оставаться

дома при удовлетворительном самочувствии. Данная установка, конечно, вызывает осуждение, но при анализе понятно, что причина — сформированная у больной в результате жизни и социальных взаимодействий картина здравоохранения, представление о фигуре врача. Формирование благоприятного отношения к врачам и системе здравоохранения — серьёзная задача, решаемая и в самой системе, и на уровне создания её информационного образа.

Неизвестность медицинского процесса. Отдельно от недоверия медицине стоит непонимание (и боязнь) тех событий, что будут происходить в случае обращения за помощью. Хирургическое вмешательство, болезненные процедуры, риски и побочные эффекты — компоненты картины заболевания в случае контакта с врачами и лечебным учреждением.

Можно найти и другие варианты установок, например, относительно гендерных стереотипов: “мужчина должен терпеть боль” оказывается фактором промедления при наличии болевого синдрома. Но в целом представляется, что принципиальными вариантами включения нарратива болезни в нарратив жизни больного являются отрицание болезни, недоверие медицине и прокрастинация как таковая ввиду ригидности смены посылов. Событие заболевания нарушает течение жизни пациента, т.е. его биографический нарратив. В случае отрицания болезни пациент по разным причинам не допускает принятия факта или подозрения; в этом процессе могут играть роль как простое невежество, так и трансцендентальные категории судьбы, бога. В случае недоверия медицине важное место занимает собственно представление о медицине как социальном институте, свой опыт взаимодействия, опыт знакомых и информация из разных источников. Прокрастинация, промедление, связанная с психологическим феноменом “разрыв посыл-действие” (intention-behavior gap) [4], более сложный мотивационно-интенциональный феномен, в составе которого необходимость “критической массы” мотива, которая может подвигнуть наконец совершить действие: вызвать медицинских работников. Чем сильнее

симптоматика, чем она понятнее или (пугающе) непонятна, тем легче закрывается этот разрыв. Кроме того, ценность отказа от запланированного течения жизни (выход на работу, поездка в отпуск, празднование и т.д.) сопоставляется с предполагаемыми рисками, которые рассчитываются исходя из интерпретации ощущений (симптомов) и “медицинских” познаний. Даже достоверно установленный диагноз инфаркта миокарда может оказаться недостаточно сильным мотивом отказаться от планов в пользу госпитализации, если нет выраженных симптомов и нет знания о том, какие риски это заболевание несёт.

Полагая пациента активным участником социума, вовлечённым в информационный обмен, объяснить наличие перечисленных установок достаточно просто. Они являются воспринятым, пережитым и усвоенным материалом, который предлагается пациенту из Интернета, средств массовой информации, от знакомых и близких, из книг, кино и других источников. Итоговая картина медицины и здравоохранения уникальна для каждого, хотя и содержит некие черты общие для территории, возрастной группы (поколения), гендера, класса, рода занятий, дохода, семейного положения. Соответственно, при планировании социологических исследований с целью уточнить адресность санитарного просвещения, важно учитывать целевую группу с её свойствами: то, в чём состоит информационная повестка выделенной группы. Более того, проводя информирование в рамках первичной профилактики, скрининга, диспансеризации, врачу было бы желательно дифференцировать способы информирования. В этом ему могут помочь заранее выверенные и опубликованные материалы, как в популярной форме раскрывающие саму проблему острого коронарного синдрома, так и предвосхищающие те установки, что в момент события затруднят обращение пациента за помощью.

Конфликт интересов: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Kontsevaya AV, Kononets EN, Goryachkin EA. Delayed help-seeking for emergency medical care of patients with acute coronary syndrome/myocardial infarction: review of studies. *Russian Journal of Cardiology*. 2019;24(8):132-9. (In Russ.) Концевая А.В., Кононец Е.Н., Горячкин Е.А. Задержка обращения пациентов с острым коронарным синдромом/инфарктом миокарда за скорой медицинской помощью: обзор исследований. *Российский кардиологический журнал*. 2019;24(8):132-9. doi:10.15829/1560-4071-2019-8-132-139.
2. Abettan C. From method to hermeneutics: which epistemological framework for narrative medicine? *Theor Med Bioeth*. 2017;38(3):179-93. doi:10.1007/s11017-017-9408-x.
3. Taratukhin EO, Kudanova MA, Shaydyuk OYu, et al. Person-centered interview as a tool for clinical work in myocardial infarction setting. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(1):34-9. (In Russ.) Таратухин Е.О., Кудинова М.А., Шайдук О.Ю. и др. Человекоцентрированное интервью как инструмент работы с больными инфарктом миокарда. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(1):34-9. doi:10.15829/1728-8800-2017-1-34-39.
4. Williamson TM, Rouleau CR, Aggarwal SG, et al. Bridging the intention-behavior gap for cardiac rehabilitation participation: the role of perceived barriers. *Disabil Rehabil*. 2018 Nov 20;1-8. doi:10.1080/09638288.2018.1524519.