

Духовность и религиозность в контексте психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистой патологии

Таратухин Е. О.

ФГБОУ ВО “Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова” Минздрава России. Москва, Россия

Цель. Изучить психологические показатели духовности и религиозности как явлений, имеющих место на психосоциальном уровне работы с пациентами, перенесшими острый инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование включены 103 пациента (45 женщин) после события острого ИМ (≥ 3 сут. во время госпитализации). Средний возраст $Me (Q1; Q3) = 64,0 (56,0; 77,5)$ года, женщины $71,5 (66,5; 80,3)$ лет, мужчины — $60,0 (53,0; 66,0)$ лет. Группа сравнения ($n=30$) включала сопоставимых по демографическим показателям лиц, не имеющих выраженной соматической патологии. Применялся опросник переживаемой духовности с ранжированием перечисленных переживаний по шкале от “никогда” до “постоянно” (от 1 до 6 баллов). Также проводили полуструктурированное интервью с последующим дескриптивным феноменологическим анализом.

Результаты. Показано, что уровень духовного переживания у пациентов находится на уровне “редко или иногда”, а собственно обращение к духовным понятиям скорее связано с ситуацией заболевания, нежели присутствует как каждодневный опыт. Сумма баллов по шкале была $M \pm \sigma = 34,32 \pm 7,08$ из возможных 84; у жен-

щин $36,02 \pm 8,44$, у мужчин $33,05 \pm 5,61$ ($p=0,034$). В группе сравнения сумма баллов была достоверно выше, хотя и незначительно — $39,23 \pm 7,14$ ($p=0,001$). При этом у женщин также сумма была выше, чем у мужчин — $41,73 \pm 7,69$ и $36,73 \pm 5,74$ (внутри сравнения $p=0,053$; относительно пациентов $p=0,024$ для женщин и $p=0,027$ для мужчин).

Заключение. Довольно низкий уровень переживаемой духовности, обнаруженный у пациентов после перенесенного ИМ, можно интерпретировать, как потенциальный фактор риска сердечно-сосудистой патологии.

Ключевые слова: салютогенез, чувство когерентности, чувство гармонии, вера, инфаркт миокарда, пациент-центрированная медицина, биопсихосоциальный, биопсихокультуральный.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(3): 52–55
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-3-52-55>

Поступила 22/05-2017

Принята к публикации 24/05-2017

Spirituality and religiosity in a context of psychosocial cardiovascular risk factors

Taratukhin E. O.

N. I. Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU). Moscow, Russia

Aim. To investigate on psychological parameters of spirituality and religiousness as events taking place during psychosocial rehabilitation of post myocardial infarction (MI) patients.

Material and methods. Into the study, 103 patients (45 females) included, after an event of MI (≥ 3 days, during admittance). Mean age $Me (Q1; Q3) = 64,0 (56,0; 77,5)$ y.o., females were older — $71,5 (66,5; 80,3)$ y., males — $60,0 (53,0; 66,0)$ y. Comparison group ($n=30$) consisted of equal by demographics but with no significant somatic pathology persons. The questionnaire was applied, of daily experienced spirituality, with ranging of experiences from “never” to “permanently” (from 1 to 6, respectively). Also, a semi-structured interview was done with further descriptive phenomenological analysis.

Results. It is found, that the level of daily spiritual experience is at the level of “rarely or never”, and a request to spiritual meanings itself is related mostly to the situation of disease than exists as a separate

experience. The summ of points by the score was $M \pm \sigma = 34,32 \pm 7,08$ of maximum 84; females had $36,02 \pm 8,44$, males $33,05 \pm 5,61$ ($p=0,034$). Comparison group had significantly higher score, but with low difference — $39,23 \pm 7,14$ ($p=0,001$). In comparison, females also had higher score — $41,73 \pm 7,69$ and $36,73 \pm 5,74$ (in comparison $p=0,053$; in relation to the patients $p=0,024$ for females and $p=0,027$ for males).

Conclusion. Quite a low level of the experienced spirituality, revealed in patients after MI can be interpreted as a potential cardiovascular risk factor, and at least is a point for further research.

Key words: salutogenesis, sense of coherence, faith, myocardial infarction, patient-centered medicine, biopsychosocial, biopsychocultural.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2017; 16(3): 52–55
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-3-52-55>

ДР — духовность/религиозность, ИМ — инфаркт миокарда, ФР — факторы риска.

Понятие духовности/религиозности (ДР) занимает отдельное место в исследованиях клинической и медицинской психологии. Различные состояния, установки, переживания могут оказывать как благо-

приятное влияние на борьбу с заболеванием, выздоровление, приготовление к смерти, так и отрицательные. Во многом, это зависит от смысла, который конкретный пациент черпает из культурного

Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: cardio03@list.ru

[Таратухин Е. О. — к.м.н., магистр психологии, Master of Arts, доцент кафедры госпитальной терапии № 1 л/ф].

материала той или иной духовной практики. Вера может привести как к фаталистичному отношению к болезни с отказом от медицинской помощи, так и стимулирующему к борьбе с заболеванием. Некоторые религии запрещают те или иные способы лечения — гемотрансфузию, препараты железа, обозначают физическое заболевание в качестве наказания, способствуют возникновению чувств вины, самобичевания, напряжения. С другой стороны, вера, молитва или другие формы ритуалов могут вызывать позитивные переживания, в т.ч. соматически выраженные и влияющие на вегетативную регуляцию — изменение вариабельности ритма, частоты сокращений сердца, морфологии комплексов электрокардиограммы. ДР могут создавать “сальютотенную” обстановку, способствовать чувствам благодарности, прощения, сострадания, снижающим степень стресса, вызванного ситуацией болезни [1]. Во всех случаях, несмотря на существующие обобщения, переживание ДР и ее влияние на психосоматический статус пациентов индивидуально, зависит как от символического наполнения той веры, которой придерживается пациент, так и от его собственного отношения.

В основном, влияние ДР изучается в онкологической практике. В этой сфере, социально стигматизированной, понятия страдания, смерти как никогда актуализируются, заставляя человека искать помощи в категориях непознаваемых. Однако существует достаточно подобных исследований в кардиологии. Ai AL, et al., 2009, показали положительное влияние веры, молитвы, практикуемых больными в контексте операции аортокоронарного шунтирования. Проведено интервью со 177 больными перед операцией. Обнаружено, что частота молитв, наличие чувства благоговения (sense of reverence) в секулярном контексте были предикторами меньшего числа осложнений и более короткой госпитализации, вне зависимости от демографических показателей и конфессии [2]. В обзоре Park CL, et al., 2017, указано, что по данным больших популяционных исследований более высокая частота посещения церковных служб связана с уменьшением сердечно-сосудистой смертности. В целом, однако, авторы отмечают, что исследования ДР относительно кардиологической патологии противоречивы [3]. В сельской популяции Греции Darviri C, et al., 2016, показали также, что ДР обратно связана со смертностью, однако медиаторы такой связи пока не ясны [4]. Одним из медиаторов может быть предпочтение более здоровой пищи (Tan MM, et al., 2013; 2014) [5, 6].

Отмечено положительное влияние ДР, включая специальные психологические вмешательства на основе ДР, на течение сердечной недостаточности и повышение качества жизни [7, 8]. В Японии Kobayashi D, et al., 2015, обнаружили, что религиоз-

ность способствует более здоровому образу жизни, уменьшает риск сахарного диабета, но не артериальной гипертензии [9]. Wachelder EM, et al., 2016, указывают на то, что после инфаркта миокарда (ИМ) с эпизодом клинической смерти переживание жизни неодинаково по сравнению с ИМ без эпизода клинической смерти. У пациентов, перенесших остановку сердца, выше удовлетворение жизнью, на что влияет чувство ценности жизни, умиротворенность, расширение каждодневной деятельности [10].

“Сальютотенез” (от. *salus* — здоровый, безопасный, лат.) и “чувство гармонии” (sense of coherence) — понятия, предложенные Antonovsky A в противовес *патогенезу* как условия развития здоровья. Не став в полной мере научным, термин “сальютотенез” используется для выражения позитивных, здоровых изменений, которые могут происходить при реабилитации пациентов и при работе с факторами риска (ФР), в т.ч. после ИМ (Martin MCG, et al., 2016) [11]. Духовность и религиозность являются значимыми культурными конструктами, которые позволяют создавать “сальютотенную” среду и “сальютотенные” отношения и способствовать “чувству (мировой) гармонии” — переживанию наличия осмысленного устройства мира, предсказуемости, возможностей человека и целесообразности отвечать на вызовы и запросы мира [12–15]. При работе с психосоциальными ФР неинфекционных заболеваний, безусловно, путь может быть не только от обратного, т.е. от патологии, но и по направлению к здоровью в его полном биопсихосоциальном смысле.

“Измерение” ДР — отдельная проблема психологических исследований. Оно может выполняться при помощи интервью, а также в форме опросников. Последний способ позволяет собирать данные более широких выборок, но значительно ограничен операционализацией включаемых в опросники концептов, включая проблему конфессий, внутренней/внешней религиозности. Clements AD, et al., 2015, разработали короткий опросник связи религиозности, стресса, тревожности [16]. Появился ряд других инструментов, включая измерение “чувства гармонии” [13, 17, 18]. В рамках работы над пациент-центрированной моделью ведения больных после перенесенного ИМ автор провел исследование ДР при помощи полуструктурированного интервью и 14-компонентного опросника.

Материал и методы

В исследование с применением опросника включены 103 пациента (45 женщин) после события острого ИМ в период от 3 сут. (во время госпитализации). Средний возраст в виде Me (Q1;Q3) составил 64,0 (56,0;77,5) года, женщины были старше — 71,5 (66,5;80,3) лет, чем мужчины — 60,0 (53,0;66,0) лет. Все пациенты давали согласие

на участие в исследовании; форма опросника и форма согласия были одобрены Этическим комитетом Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Опросник духовности был составлен на основе англоязычной шкалы повседневного духовного опыта Underwood 2011 [19]. В него входили следующие утверждения: Я чувствую присутствие Бога; Я чувствую внутреннюю связь в происходящем; Я чувствую радость, возносящую меня над обыденностью; Я нахожу комфорт в религии или вере; Глубоко внутри я чувствую мир и гармонию; В обыденной жизни я прошу помощи Бога; Я чувствую любовь Бога напрямую; Я чувствую любовь Бога через других людей; Я духовно соприкасаюсь с величием Творения; Я чувствую благодарность за блага, что есть у меня; Я бескорыстно забочусь о других людях; Я принимаю других, даже если они делают неправильные вещи; Я испытываю желание быть ближе к Богу, соединиться с Ним. Последний вопрос: В целом, как близко к себе Вы чувствуете Бога? (очень близко, более-менее, не чувствую).

Вопросы имели градацию по шкале Ликкерта от 1 до 6 баллов в соответствии с тем, как часто опрашиваемый испытывает то или иное переживание (где 6 баллов — постоянно; 1 балл — никогда). Также были включены 30 лиц, сопоставимых по возрасту: мужчины 59,4 (55,3;66,8) года, $n=15$; женщины 72,0 (54,0;76,5) года, $n=15$, не имеющих диагноза ишемической болезни сердца и другой тяжелой патологии либо патологии в стадии обострения/декомпенсации. Они составили группу сравнения.

В исследование по методике полуструктурированного интервью были включены 30 пациентов из числа группы ИМ. Блок духовности был частью более широкого интервью, посвященного психосоциальным компонентам ФР.

После заполнения опросников статистическая обработка происходила при помощи п/о MS Excel для Mac и StatPlus для Mac. Использовали результаты (стенограммы) полуструктурированного интервью, применяя метод контент-анализа, и дескриптивный феноменологический с позиции социального конструкционизма.

Результаты и обсуждение

В группе ИМ сумма баллов колебалась в широких пределах — 21–59 баллов, при максимально возможной 84, имея нормальное распределение со средним значением $M \pm \sigma = 34,32 \pm 7,08$. Этот показатель у женщин был несколько выше, чем у мужчин: $36,02 \pm 8,44$ и $33,05 \pm 5,61$ ($p=0,034$), но следует отметить в целом низкую сумму баллов. В группе сравнения сумма баллов была достоверно выше, хотя и незначительно: $39,23 \pm 7,14$ ($p=0,001$). При этом у женщин сумма также была выше, чем у мужчин: $41,73 \pm 7,69$ и $36,73 \pm 5,74$ (внутри сравнения $p=0,053$; относительно пациентов $p=0,024$ для женщин и $p=0,027$ для мужчин). Низкая общая сумма баллов по шкале духовности свидетельствует в целом о низком уровне переживания таких чувств, как мир и гармония, внутреннее благо, благодарность.

При анализе шкалы духовности особый интерес представляло распределение оценок по утверж-

дениям. Медиана оценки была $Me (Q_1; Q_3) = 2,45 (2,36; 2,53)$ из 6 баллов в группе пациентов и $2,80 (2,60; 2,93)$ в группе сравнения. Это указывает на более выраженный разброс значений при более высокой медиане значений в сравнении, однако позволяет заключить, что степень выраженности описываемых чувств в целом те и другие участники оценивали между “изредка” и “в некоторые дни”. Это, вероятно, объясняется одной и той же средой проживания людей. Среди пациентов с ИМ минимальной была средняя оценка по утверждению “я чувствую радость, возносящую меня над обыденностью”, а наиболее высокой “в обыденной жизни я прошу помощи Бога”. Напротив, в группе сравнения первое утверждение имело одну из самых высоких оценок, тогда как второе указывалось реже. Такие результаты красноречивы в отношении болезненности состояния участников — наличия установленного диагноза у пациентов и относительной свободы от диагнозов у группы сравнения. Переживание подъема при наличии серьезной патологии уходит, тогда, как прошение к высшим силам усиливается. Интерпретируя эти данные, следует иметь в виду ряд исследований, связывающих состояния восторга, возвышенности, “эстетических ознобов” с функцией сердца, отражающейся как на вариабельности ритма сердца, так и прямо в морфологии комплексов на электрокардиограмме [20–22].

Для интервью символический комплекс “духовности” выделен в отдельный блок ввиду особенностей этого переживания, согласно литературе. Духовность определяется как чувство принадлежности к непознаваемому началу мира, некоему закону мироустройства, к которому можно приблизиться посредством тех или иных действий, практик, но которое не может стать объективным. Религия и религиозность принимались как часть духовности наряду с медитацией, йогой. Следует отметить, что свою принадлежность к религии обозначили практически все пациенты (двое мусульман, остальные — православные), трое не отнесли себя к той или иной конфессии, однако указывали на понятия судьбы, наказания за грехи. Атеистами себя пациенты не обозначали. В целом, духовность как переживание описывалась скудно, значительно больше описание сводилось к описанию религии, обозначению ритуалов, посещения церкви и заказа поминовений. Собственно, *переживание*, включая соматические его элементы, в достаточной степени явно описали четыре пациента — один мужчина, три женщины. Переживание включало в себя чувство радости, восторга, возвышенности от “единения с миром”, от церковной службы, от того, как прекрасен мир вокруг. Соматическое чувство в контексте духовности проявлялось как “мурашки по коже”, “восторг в животе, как с горки”, “свободное дыхание”. Такие ощущения

возникали в ответ на природные события (закат солнца, радуга), на произведения искусства (“в Третьяковке”), в момент хорового пения в церкви, в религиозные праздники Рождества, Пасхи. В подавляющем большинстве пациенты не испытывали подобных чувств или испытывали редко; зачастую недоумевали, когда был задан вопрос. Более распространена была духовность как сопряжение действий/мыслей и наказания/вознаграждения в жизни. Большинство пациентов, так или иначе, обозначали событие ИМ как наказание или “сигнал” о том, что в жизни нужно что-то менять. Течение заболевания, его предвосхищаемые исходы дополнялись надеждой на “помощь Господа”, включением в картину мира неких высших законов, которые могли бы повлиять на течение болезни.

Проблема духовности, религиозности, веры в научной медицине пока находится на периферии. Хотя во многих лечебных учреждениях есть православные храмы, в которых проходят службы, и у каждого идентифицирующего себя с христианской верой пациента или родственника пациента существует возможность совершить ритуал, собственно религиозное переживание не рассматривается в качестве компонента медицинской помощи. Специфика категории веры в сравнении с другими психосоциальными категориями состоит в ее отношении к принципиально непознаваемому, при этом имея серьезную культурную нагрузку. Отношение к вере и переживание веры могут иметь множество вариантов, и далеко не всегда они окажут благопри-

ятное действие на психосоматический статус пациента, если вообще будут иметь какой-то эффект.

Довольно низкий уровень переживания духовности, если возможно такое выражение, обнаруженный у пациентов после перенесенного ИМ, можно интерпретировать как потенциальный ФР, если считать ДР компонентом “салютогенной” внутренней среды. Практически такой же показатель в группе сравнения позволяет сделать вывод об общей картине по этой феноменологической категории в социальной среде места и времени исследования (Москва, 2016). При разработке представления о “пациент-центрированной” модели работы с больными [23], безусловно, фактор духовности должен занимать важное место.

Заключение

Представленные результаты позволяют сделать некоторые выводы о значении дальнейшего исследования ДР в кардиологическом контексте. Хотя их роль в кардиологии не столь выразительна, как в онкологической клинике, духовность и вера как психосоматические категории, как переживания с соматическим, вегетативным компонентом могут иметь влияние на развитие сердечно-сосудистой патологии. Особенно это важно ввиду многочисленных данных нейронауки, психонейроиммунологии, других трансдисциплинарных областей, указывающих на серьезный соматический компонент психических состояний, смыслов, культурных составляющих.

Литература

1. Park CL, Slattery JM. Spirituality, Emotions and Physical Health. In: Miller, LJ, editor. The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality. UK: OUP; 2012: 379-87.
2. Ai AL, Wink P, Tice TN, et al. Prayer and reverence in naturalistic, aesthetic, and socio-moral contexts predicted fewer complications following coronary artery bypass. J Behavioral Med 2009; 32(6): 570-81.
3. Park CL, Masters KS, Salsman JM, et al. Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine. J Behavioral Med 2017; 40(1): 39-51.
4. Darviri C, Artemiadis A, Tigani X, et al. Religiosity as a predictor of mortality: A retrospective cohort study in 1519 rural citizens in Greece. Psychology & Health 2016; 31(9): 1080-90.
5. Tan MM, Chan CKY, Reidpath DD. Religiosity and Spirituality and the Intake of Fruit, Vegetable, and Fat: A Systematic Review. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2013; 1-18.
6. Tan MM, Chan CKY, Reidpath DD. Faith, Food and Fettle: Is Individual and Neighborhood Religiosity/Spirituality Associated with a Better Diet? Religions 2014; 5(3): 801-13.
7. Flint KM, Schmiede SJ, Allen LA, et al. Health Status Trajectories Among Outpatients With Heart Failure. J Pain and Symptom Management 2017; 53(2): 224-31.
8. Hooker SA, Ross K, Masters KS, et al. Denver Spirited Heart Mixed-Methods Pilot Study of a Psychospiritual Intervention for Heart Failure Patients. J Cardiovascular Nursing 2017; 32(3): 226-35.
9. Kobayashi D, Shimbo T, Takahashi O, et al. The relationship between religiosity and cardiovascular risk factors in Japan: a large-scale cohort study. J Am Society of Hypertension 2015; 9(7): 553-62.
10. Wachelder EM, Moulart V, van Heugten C, et al. Dealing with a life changing event: The influence of spirituality and coping style on quality of life after survival of a cardiac arrest or myocardial infarction. Resuscitation 2016; 10981-6.
11. Martin MCG, Lopez MA, Lopez DA, et al. Psychoeducational intervention proposal to promote salutogenic lifestyles in patients convalescent from myocardial infarction. Corsalud 2016; 8(4): 227-34.
12. Antonovsky A. Studying Health vs. Studying Disease. Lecture at the Congress for Clinical Psychology and Psychotherapy 1990, 19 Feb; Berlin.
13. Merakou K, Taki S, Barbouni A, et al. Sense of Coherence (SOC) in Christian Orthodox Monks and Nuns in Greece. Journal of Religion & Health 2017; 56(2): 521-9.
14. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, et al. The Handbook of Salutogenesis. Germany: Springer 2017; 465p.
15. Schnyder U, Buchi S, Sensky T, et al. Antonovsky's sense of coherence: trait or state? Psychother Psychosom 2000; 69(6): 296-302.
16. Clements AD, Fletcher TR, Cyphers NA, et al. RSAS-3: Validation of a Very Brief Measure of Religious Commitment for Use in Health Research. Journal of Religion & Health 2015; 54(1): 134-52.
17. Agli O, Bailly N, Ferrand C. Validation of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being (FACIT-Sp12) on French Old People. Journal of Religion & Health 2017; 56(2): 464-76.
18. Vespa A, Giuliotti MV, Spatuzzi R, et al. Validation of Brief Multidimensional Spirituality/Religiousness Inventory (BMMRS) in Italian Adult Participants and in Participants with Medical Diseases. Journal of Religion & Health 2017; 56(3): 907-15.
19. Underwood Lynn G. The Daily Spiritual Experience Scale: Overview and Results. Religions 2011; 2(4): 29-50.
20. Koelsch S, Enge J, Jentschke S. Cardiac signatures of personality. PLoS One 2012; 7(2): e31441.
21. Koelsch S, Rempis A, Sammler D, et al. A cardiac signature of emotionality. Eur J Neurosci 2007; 26(11): 3328-38.
22. Sumpf M, Jentschke S, Koelsch S. Effects of Aesthetic Chills on a Cardiac Signature of Emotionality. PLoS One 2015; 10(6): e0130117.
23. Taratukhin EO. Patient-centered medicine. A new reality. Russian Journal of Cardiology 2016; 9: 79-83. Russian (Таратухин Е. О. Пациент-центрированная медицина. Новая реальность. Российский кардиологический журнал 2016; 9: 79-83).