

Ośrodek Naukowo-Badawczy w Uzdrawisku Nałęczów II Kliniki Chorób Wewnętrznych
Akademii Medycznej w Lublinie

Kierownik: doc. dr med. habil. Jan Kowalewski
Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: doc. dr med. habil. Adam Majczak

Janusz HANZLIK, Adam MAJCZAK,
Jerzy ŁOPATYŃSKI, Marcin OLAJOSSY

**Badania nad rehabilitacją chorych po zawale serca w warunkach
sanatoryjnych ze szczególnym uwzględnieniem potrzeby, wartości
i oceny rehabilitacji w zakresie psychiki. I**

Исследования восстановительного санаторного лечения больных, перенесших инфаркт.
Анализ необходимости, важности и оценки восстановительного лечения в области
психики. Ч. I

A Clinical Trial on the Rehabilitation after Myocardial Infarction in a Health-
Resort with Special Reference to the Need, Value and Evaluation of the
Psychical Rehabilitation. Part I

**Założenia postępowania rehabilitacyjnego w zakresie psychiki u chorych
po przebytych zawale serca**

Przebyte zawału serca powoduje powstanie silnej reakcji stresowej u człowieka. Powszechny lęk towarzyszący zachorowaniu na zawał, które to schorzenie zdaniem ogółu stanowi bezpośrednie zagrożenie życia, dodatkowo pogłębia uraz psychiczny łączący się z zachorowaniem na zawał serca. Mimo wielu artykułów popularno-naukowych na temat miażdżycy naczyń i zawału serca, ciągle jeszcze krążą wśród społeczeństwa liczne nieprawdziwe dane na te tematy, podawane sobie nawzajem przez chorych, które komplikują już i tak złożoną sytuację psychiczną w tej grupie chorych.

Biorąc pod uwagę całokształt sytuacji chorych po zawale serca zaplanowaliśmy nasze postępowanie rehabilitacyjne w zakresie psychiki chorych, podczas pobytu ich w Ośrodku Naukowo-Badawczym w Nałęczowie, prowadzonego przez II Klinikę Chorób Wewnętrznych AM w Lublinie. O ile rehabilitacja fizyczna chorych po zawale serca (którą również prowadziliśmy w Nałęczowie, ale nie omawiamy jej w tej pracy) ma swoją długą historię, związane z nią doświadczenia i próby przed-

stawienia jej wyników, o tyle postępowanie rehabilitacyjne w zakresie psychiki chorych po zawale serca jest znacznie uboższe w doświadczenia. Na ogół wszyscy zajmujący się zagadnieniami rehabilitacji stanów pozawałowych doceniają konieczność rehabilitacji w zakresie psychiki w tej grupie chorych (1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 13). Liczba jednak obiektywnych danych na temat rzeczywistego zapotrzebowania chorych na ten typ postępowania, precyzyjne dane metodyczne odnoszące się do planu postępowania z chorymi w tym zakresie, jak też i próby w miarę obiektywnej oceny wyników tego rodzaju postępowania, są fragmentaryczne i trudno ze sobą porównywalne. Próbę wypełnienia tej luki stanowią podjęte przez nas badania nad rehabilitacją psychiczną chorych po zawale serca. Potrzeba ich wprowadzenia wydała się nam całkowicie uzasadniona w wyniku obserwacji leczonych przez nas chorych po zawale serca.

Celem naszej pracy było opracowanie metodyki prowadzenia rehabilitacji psychicznej i określenie zapotrzebowania na ten typ postępowania lekarskiego. Interesowała nas również ocena naszej metody przez chorych. Badania nad potrzebą i rolą rehabilitacji psychicznej po zawale serca prowadzone przez nas były poprzedzone jedynie nielicznymi doświadczeniami innych autorów (2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13). Stąd zdajemy sobie sprawę, że na pewno są obarczone szeregiem usterek. Ważność jednak zagadnienia, chęć przedstawienia i przedyskutowania wyników, mogących stanowić wstęp do opracowania bardziej doskonałych systemów, skłaniają nas do przedstawienia własnych spostrzeżeń. Rehabilitacja stanów pozawałowych jest problemem bardzo istotnym nie tylko z medycznego punktu widzenia. Biorąc pod uwagę fakt, że zachorowanie na zawał serca często dotyczy osobników w naj-; bardziej twórczym okresie życia, wyłączenie tych ludzi z obowiązków zawodowych powoduje nie tylko tragedie osobiste, ale stanowi istotny problem ekonomiczny dla całości społeczeństwa.

Materiał i metody badań

Badaniami objęto chorych po przebytych zawale, przebywających w Nałęczowie, w Ośrodku Naukowo-Badawczym II Kliniki Chorób Wewnętrznych AM w Lublinie. Większość chorych kierowano do Ośrodka w ramach tzw. rehabilitacji poszpitalnej. Chorzy ci przybywali do Nałęczowa w pierwszych dniach lub tygodniach po opuszczeniu oddziału klinicznego, gdzie byli leczeni z powodu świeżego zawału serca. Niewielką grupę osobników stanowili chorzy z dawniej przebytym zawałem serca. Chorzy, których stan kliniczny na to pozwalał, oprócz leczenia klimatyczno-wypoczynkowego i farmakologicznego, poddawani byli rehabilitacji ruchowej. Na rehabilitację ruchową składały się — gimnastyka lecznicza, prowadzona pod kierunkiem specjalnie przeszkolonego instruktora, oraz spacer, odpowiednio dobrany pod względem długości trasy i szybkości marszu, wzdłuż specjalnie dobranych alejek. Rodzaj i czas trwania ćwiczeń gimnastycznych oraz czas trwania spaceru określano każdorazowo indywidualnie w oparciu o analizę stanu narządu krążenia.

W ramach prowadzonego postępowania rehabilitacyjnego w zakresie psychiki, chorych podzielono na dwie grupy. Chorzy pierwszej grupy, brali udział w seansach psychoterapii grupowej, w obrębie której wyodrębniano I etap wyjaśniająco-racjonalizujący i etap II — określający pewne cechy życia po zawale serca, mające praktyczne znaczenie dla tej grupy chorych. Seanse psychoterapii były prowadzone przez specjalnie przygotowanego lekarza internistę. W czasie seansu psychoterapii I etapu, po nawiązaniu kontaktu ze słuchaczami znajdującymi się w danym

28-dniowym turnusie w Nałęczowie, przedstawiono chorym założenia i cele prowadzonego kompleksowego postępowania rehabilitacyjnego. Następnie chorym wyjaśniano podstawowe dane o miażdżycy naczyń. Pozwalało to na skorygowanie celu nieprawdziwych danych i poglądów, podawanych sobie nawzajem przez chorych i ich otoczenie, niejednokrotnie bardzo ujemnie oddziałujących — jak się o tym przekonywano, na chorych po zawale serca. Następnie w sposób bardzo prosty i zrozumiały dla każdego wyjaśniano rolę krążenia obocznego, pojawiającego się po przejściu zawału serca i omawiano jego wpływ na stan czynnościowy serca. Omówienie tych zagadnień wydawało się nam konieczne dla zrozumienia przez chorych pojęcia „rezerwy wieńcowej”, od której w dużym stopniu zależy sprawność fizyczna chorych po zawale serca. Wyjaśnienie chorym po zawale, że podejmowanie wysiłków fizycznych, mieszczących się w ramach zmniejszonej przez zmiany w naczyniach wieńcowych rezerwy wieńcowej — jest możliwe i że nie jest niebezpieczne, wraca tym chorym wiarę w możliwość powrotu do aktywnego życia i znalezienia w nim zadowolenia. Wyjaśniano, że zwykle przekroczenie indywidualnie różnej u każdego chorego rezerwy wieńcowej może i głównie manifestuje się bólem za mostkiem. Seans kończono odpowiedziami na indywidualne pytania chorych.

W czasie seansu psychoterapii II etapu, omawiano zasady trybu życia po przebytym zawale serca. Zwracano uwagę na znaczenie prawidłowych i pogodnych stosunków międzyludzkich, tak w życiu osobistym jak i społecznym. W dalszej części omawiano zasady prawidłowego odżywiania się. Wyjaśniano niektóre dane o wpływie alkoholu na narząd krążenia. Dużo uwagi poświęcano omówieniu szkodliwej roli palenia tytoniu i wpływowi używek na narząd krążenia. Wstępne analizy pytań zadawanych przez chorych wskazywały konieczność omówienia niektórych zagadnień życia płciowego po zawale serca. Seans kończono odpowiedziami na indywidualne pytania zadawane przez chorych.

Drugą grupę badanych stanowili chorzy, którzy nie uczestniczyli w prowadzonych przez nas seansach psychoterapii zbiorowej. W naszych badaniach uwzględniono wszystkich chorych po zawale serca, leczonych w Ośrodku w Nałęczowie od lutego 1966 do maja 1969 roku. W miesiącu maju 1969 r. do chorych z obu grup wysłano ankiety z prośbą o anonimowe odpowiedzi. Poniżej przytaczamy treść ankiety w pełnym brzmieniu.

Ankieta

I. Wiek.

Płeć.

Zawód.

Wykształcenie: podstawowe, średnie, wyższe (właściwe podkreślić).

Stan cywilny.

Czy współmałżonek żyje.

Liczba dzieci.

Wiek dzieci.

II. Co mnie łączyło z życiem najbardziej przed zachorowaniem na zawał:

a) praca zawodowa (tak, nie),

b) życie rodzinne (tak, nie),

c) działalność społeczna (tak, nie),

d) inne (proszę podać, względnie dokładnie opisać).

III. Proszę podać dokładnie datę zachorowania na zawał (miesiąc, rok). Czy pracował(a) Pan(i) zawodowo przed zachorowaniem na zawał (tak, nie).

Czy po ukończeniu leczenia podjął(ęła) Pan(i) ponownie pracę zawodową (tak, nie).

Jeśli tak, czy na tym stanowisku, czy innym?

Proszę podać na czym polegała zmiana pracy?

W jakim okresie od dnia zachorowania na zawał powrócił(a) Pan(i) do pracy zawodowej (miesiące, tygodnie)?

IV. W jaki sposób dowiedział(a) się Pan(i) o zachorowaniu na zawał serca?

a) podczas badania elektrokardiograficznego (tak, nie),

b) po zbadaniu przez lekarza (tak, nie),

c) inni chorzy poinformowali (tak, nie),

d) czy sam chory doszedł do wniosku, że jest chory na zawał (tak, nie),

e) inny sposób (jeżeli był, proszę podać rodzaj).

V. Czy zachorowanie na zawał wpłynęło na mój stosunek do życia (tak, nie), jeśli tak, to czy ten stosunek był:

a) lękowy, czy bacznie zacząłem obserwować stan mego zdrowia (tak, nie),

b) czy ogarnęła mnie rezygnacja i smutek (tak, nie),

c) czy starałem(łam) się oszczędzać siebie, ustosunkowując się biernie do życia (tak, nie),

d) czy zachorowanie na zawał wpłynęło na aktywizację mego stosunku życia (tak, nie).

Jeśli tak (punkt V-d) to czy pragnąłem:

a) użyć życia (tak, nie),

b) czy dążyłem(łam) do pozostawienia po sobie śladu (np. w jakiejś twórczości), jeśli tak, to w jaki sposób?

VI. Po upływie jakiego okresu czasu od uświadomienia sobie choroby powstała wymieniona w punkcie V postawa wobec życia (proszę możliwie dokładnie określić).

VII. Czy wybrana przeze mnie postawa ułatwiła mi dalsze życie, czy też mi życie utrudnia (proszę to bliżej wyjaśnić).

VIII. Jaki był udział lekarzy w powstawaniu tej postawy wobec życia (proszę opisać).

IX. Czy na powstawanie postawy wobec życia wpływały inne czynniki (np.):

a) udział członków rodziny (tak, nie),

b) przyjaciół (tak, nie),

c) własnego charakteru (tak, nie).

X. Czy uważam, że istnieje potrzeba udziału innych osób (np. lekarza, psychologa) w wytwarzaniu właściwej postawy do życia po zachorowaniu na zawał (tak, nie).

XI. W jakim okresie choroby ta pomoc osób drugih wydaje mi się najbardziej potrzebna:

a) zaraz po zachorowaniu (tak, nie),

b) w czasie leczenia w Klinice (tak, nie),

c) w czasie rehabilitacji sanatoryjnej (tak, nie),

d) po powrocie do dotychczasowych warunków życia (tak, nie).

XII. Czy moim zdaniem należy, czy nie należy występować z naukowym wyjaśnieniem istoty zawału i uświadomieniem rzeczywistego stanu zdrowia po zawałe serca (tak, nie). Jeśli tak, to kiedy:

a) zaraz po zachorowaniu (tak, nie),

b) w czasie leczenia w Klinice (tak, nie),

- c) w czasie rehabilitacji sanatoryjnej (tak, nie),
 d) po powrocie do dotychczasowych warunków życia (tak, nie).

Kto to naukowe uświadomienie o stanie zdrowia chorego po zawale powinien uczynić:

- a) lekarz w ogóle (tak, nie),
 b) lekarz leczący chorego (tak, nie),
 c) przeczytanie książki wskazanej przez lekarza (tak, nie),
 d) przeczytanie książki wybranej przez chorego (tak, nie),
 e) inne możliwości (jakie) proszę opisać.

XIII. Jaką pomoc powinien otrzymać chory po zawale, by życie jego było znośne i dostarczało mu radości. Proszę to opisać dokładnie i podać szczerze swoje propozycje.

XIV. Czy będąc na kuracji w Sanatorium w Nałęczowie wysłuchałem(łam) pogadankę o zawale i sposobie życia po zawale (tak, nie).

Na 313 wysłanych ankiet, otrzymaliśmy 133 wypełnionych egzemplarzy. Dane zawarte w odpowiedziach na pytania ankiety zaprogramowano na kartach perforowanych. Odpowiedzi na pytania ankiety nie nadające się do jednoznacznego zaprogramowania postanowiono rozpatrywać oddzielnie. Wśród 133 respondentów było 110 mężczyzn i 23 kobiety. W grupie tej 61 respondentów (Grupa I) nie uczestniczyło w seansach psychoterapii grupowej, zaś 72 osoby (Grupa II) w wymienionych seansach udziału nie brała. Poniżej przedstawiamy dane o liczbie respondentów w poszczególnych przedziałach wieku, ich płci oraz podstawowe dane o wykształceniu, zawodzie i stanie rodzinnym. W każdej z wyodrębnionych grup uwzględniono czy respondenci brali udział w seansach psychoterapii grupowej. Dane te pochodzą z odpowiedzi na I i XIV punkt ankiety.

Tabela 1

Dane szczegółowe	Liczba chorych	Seanse psychoterapii	
		brali udział	nie brali udziału
Wiek 30—40 lat	2	2	0
Wiek 40—50 lat	21	8	13
Wiek 50—60 lat	42	18	24
Wiek 60—70 lat	49	23	26
Wiek 70—80 lat	19	10	9
Płeć męska	110	49	61
Płeć żeńska	23	12	11
Pracownik umysłowy	85	39	46
Pracownik fizyczny	48	22	26
Wykształcenie podstawowe	48	23	25
Wykształcenie średnie	49	23	26
Wykształcenie wyższe	36	14	22
Stan wolny	3	1	2
Zamężna, żonaty	115	53	62
Rozwiedzeni	1	1	0
Wdowcy	14	6	8
Współmałżonek żyje	116	53	63
Ma dzieci	113	56	57

WYNIKI BADAŃ

Zastosowane zaprogramowanie większości otrzymanych odpowiedzi na kartach perforowanych pozwala na ogromne możliwości rozpatrywania różnych zależności. Przedstawiamy jednak tylko te dane, które naszym zdaniem są najistotniejsze dla założonego przez nas celu pracy. Wielu respondentów w różnych punktach ankiety podawało dwie lub więcej z określonych w ankiecie możliwości, co może w niektórych punktach ankiety prowadzić do większej liczby „głosów” niż liczba respondentów. Kolejność przedstawienia wyników badań wynika z następujących po sobie punktów ankiety. Dane wstępne o badanych, dotyczące punktu I ankiety, przedstawiono w tab. 1 w poprzednim rozdziale.

II. Czynniki łączące chorych z życiem przed zachorowaniem na zawał

Jak wynika z tab. 2 czynnikiem łączącym z życiem największą liczbę respondentów była praca zawodowa. W następnej kolejności wymieniano życie rodzinne, działalność społeczną. Z innych możliwości podawano działalność artystyczną, kolekcjonerstwo i inne.

Tabela 2

Czynnik łączący z życiem przed zachorowaniem	Liczba chorych	% całości (od 133)
Praca zawodowa	116	87,2%
Życie rodzinne	94	70,7%
Działalność społeczna	47	35,3%
Inne możliwości	14	10,5%

III. Przebycie zawału serca a powrót do pracy

Spośród respondentów 5 osób nie pracowało zawodowo przed zachorowaniem na zawał serca. Ze 128 chorych pracujących zawodowo przed zachorowaniem, 16 osób przechodziło zawał serca po raz drugi. W tej ostatniej grupie trzeci zawał wystąpił u 4 osób. Czas powrotu do pracy po przechorowaniu zawału serca przedstawiono w tab. 3.

Jak wynika z tab. 3, ze 128 respondentów pracujących zawodowo przed zachorowaniem na pierwszy zawał, do pracy powróciło 78 osób. Nie powróciło do pracy po pierwszym zawał 29 osób. O losie dalszych 14 osób brak było danych lub dane te nie nadawały się do interpretacji. Dla 5 respondentów przebycie zawału zbiegło się z przejściem na emeryturę. Dwóch respondentów w czasie wypełniania ankiety przebywało

na zwolnieniu lekarskim po pierwszym zawale. Na drugi zawał zachorowało 16 respondentów, z których 8 powróciło do pracy zawodowej, 6 nie podjęło pracy, o 2 brak jest ścisłych danych. Z tab. 3 wynika również, że najwięcej respondentów po pierwszym zawale powróciło do pracy w 3 do 6 miesięcy.

Tabela 3

Treść pytania	Liczba ankietowanych	Miesiące po zachorowaniu										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	pow. 10
Powrót do pracy po pierwszym zawale	78	2	3	19	16	17	12	4	2	1	0	2
Powrót do pracy po drugim zawale	8		1	2	1	3						1
Powrót do pracy po trzecim zawale	2			1			1					

IV. Sposób w jaki respondenci dowiedzieli się o zachorowaniu na zawał

Powyższe dane przedstawiono w tab. 4.

Jak wynika z danych przedstawionych w tab. 4, największa liczba respondentów dowiedziała się o zachorowaniu na zawał po zbadaniu przez lekarza. W dalszej kolejności wymieniają otrzymanie tej informacji po wykonaniu badania EKG. Prawie taka sama liczba chorych (30,3%) łączy te sytuacje, tj. badanie lekarskie i EKG razem. Dość duża

Tabela 4

W jaki sposób dowiedziałem się o zachorowaniu na zawał	Liczba ankietowanych	% w stosunku do całości (133)
Po zbadaniu przez lekarza	94	70,7
Podczas badania EKG	61	45,9
Podczas badania EKG i po zbadaniu przez lekarza	41	30,8
Sam chory doszedł do wniosku, że choruje na zawał	28	21,1
Poinformowani przez innych chorych	4	3,0
Brak dokładnych danych	3	2,3

grupa respondentów podaje, że sami doszli do wniosku, że zachorowali na zawał serca. Około 3% respondentów dowiedziała się o przyczynie swego cierpienia od innych chorych.

V. Przebycie zawału serca a stosunek do życia

Stosunek respondentów do wymienionych w tym punkcie ankiety możliwości przedstawiono w tab. 5.

Tabela 5

Treść pytania	Liczba ankietowanych	Procent ankietowanych
Zachorowanie na zawał wywarło wpływ na stosunek do życia	112	83,4%
Stosunek lękowy z obserwacją stanu zdrowia	94	70,7%
Stosunek oszczędzający siebie	85	63,9%
Pojawienie się rezygnacji i smutku	57	42,9%
Pojawienie się większej aktywności życiowej	9	6,8%
Chęć pozostawienia po sobie śladu (twórczość)	9	6,8%
Chęć użycia życia	6	4,5%

Jak wynika z przedstawionej wyżej tab. 5, zachorowanie na zawał zmieniło stosunek do życia w przeważającej liczbie respondentów. Najczęściej pojawiał się u nich stan lękowy z boczną obserwacją stanu zdrowia, postawa oszczędzająca i w końcu stan przygnębienia i smutku z odcieniem rezygnacyjnym. Ta ostatnia reakcja psychiczna, podobnie jak reakcja lękowa, pojawiały się najczęściej bezpośrednio po zawale. Odpowiedzi respondentów stwierdzające, że przebycie zawału serca wpłynęło aktywizująco na ich życie, z chęcią użycia, jak wynika z analizy treści całości ankiety — jest wynikiem niezrozumienia pytania.

VI. Termin wykształcenia się postawy życiowej po przebytych zawale

Dane odnośnie omawianego zagadnienia przedstawiono w tab. 6. Należy podkreślić, że jedynie 60 respondentów, co stanowi 45,1% dokonało próby określenia czasu, w którym pojawiła się związana z zachorowaniem na zawał postawa życiowa. Można przyjąć, że postawa życiowa ulega przekształceniu najczęściej bądź po wypisaniu się z oddziału

Tabela 6

Termin wykształ- cania postawy	Liczba an- kieto- wanych	Typ reakcji psychicznych Liczba ankieto- wanych	Postawa ułatwia życie Liczba an- kietowa- nych	Postawa utrudnia życie Liczba an- kietowa- nych	Praca zawodowa jako czynnik wiążący z życiem Liczba ankie- towanych
Bezpośrednio po zawale serca	13	13 p. lękowa	2	9	13
Po wypisaniu ze szpitala 1—2 miesiący	21	19 p. lękowa 1 p. rezygn. 1 p. oszczędz.	9	8	18
Po 3 miesiącach	4	4 p. lękowa	bez odpow.	bez odpow.	3
Po 4 miesiącach	8	5 p. lękowa	6	2	7
Po 5 miesiącach	3	3 p. lękowa	1	2	3
Po wyjściu z sanatorium	3	bez odpow.	3	—	3
Po 6 miesiącach	5	5 p. lękowa	3	2	5
Po roku i dłużej	3	1 p. lękowa	2	1	2
R a z e m:	60		26	24	54

szpitalnego, a więc bezpośrednio po zetknięciu się z dotychczasowymi warunkami życia, lub rzadziej — bezpośrednio po zachorowaniu — jako reakcja na nowo zaistniałą sytuację psychiczno-biologiczną.

VII. Wpływ wytworzonej po zawale postawy na zdolność przystosowania się do warunków życia

Pomimo faktu, że chorzy najczęściej wykształcali po zawale serca postawę, w której przeważały elementy lękowe i oszczędzające siebie, ze zdziwieniem przekonaliśmy się, że w większości — taka postawa ułatwia im życie. Zdecydowana mniejszość stwierdziła, że obrona postawa utrudnia im życie po zawale serca. W celu jednak bliższej analizy tego zjawiska dokonano głębszej analizy tych efektów, uwzględniając inne okoliczności, jak np. stopień wykształcenia, udział lekarzy i inne. Dane te przedstawiono na ryc. 1. Jak wynika z ryc. 1, postawa lękowa, oszczędzająca i rezygnacyjna występuje daleko częściej w grupie ankietowanych, którzy uważają każdą z tych postaw za utrudniającą życie. Zwraca również uwagę fakt, że w tej grupie przeważają chorzy z wykształceniem podstawowym. Tylko 40% respondentów tej grupy oceniała

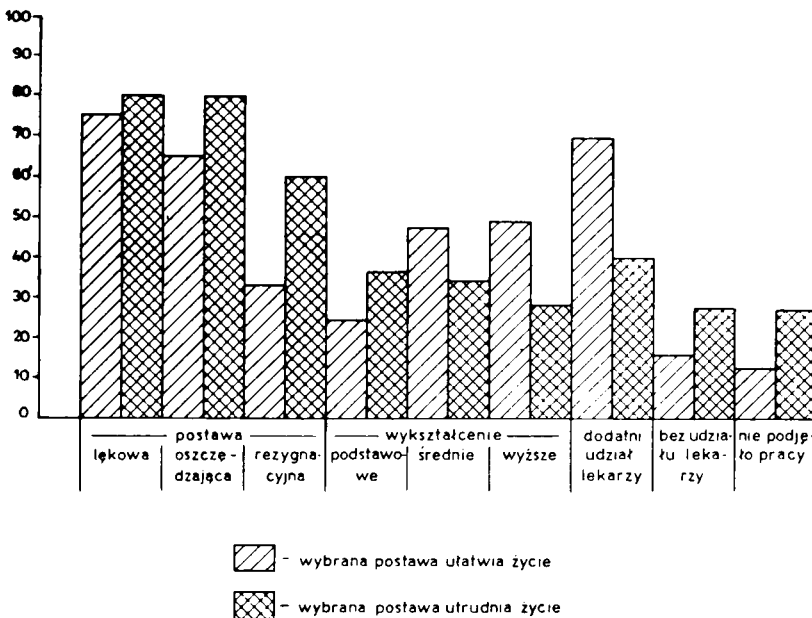
Tab. 7. Wpływ wytworzonej po zawale postawy na zdolność przystosowania do warunków życia

The influence of the attitude formed after myocardial infraction on the ability to adapt to conditions of life

Treść	Liczba ankietowanych	Procent ankietowanych od (133)	Brali udział w seansach psychoterapii		Nie brali udziału w seansach psychoterapii	
			Liczba	procent	Liczba	procent
Postawa ułatwia życie	54	40,9%	25	18,8%	35	26,3%
Postawa utrudnia życie	38	28,0%	23	17,3%	16	12,0%
Nie da się określić	28	29,0%	10	7,4%	18	13,5%
Bez odpowiedzi	13	9,7%	4	5,2%	6	4,5%

udział lekarzy jako dodatni przy wykształceniu postawy życiowej po przebytych zawale serca. 26,0% respondentów tej grupy uważa, że postawa jaką wytworzyli po zawale powstała bez udziału lekarzy.

Zupełnie inaczej kształtują się powyższe zależności w grupie respondentów, którzy uznali, że wytworzona postawa po zawale ułatwia im życie. W tej grupie występuje przewaga ludzi z wykształceniem średnim i wyższym. Aż 70,9% tej grupy uznało rolę lekarza jako dodatnią przy wytworzeniu postawy życiowej.



Ryc. 1.

Różnice między oboma grupami podkreśla również fakt, że w grupie respondentów, zdaniem których postawa po zawale ułatwia życie, nie podjęło pracy tylko 14,8%, zaś w grupie przeciwnej nie podjęło pracy aż 26,0% respondentów.

VIII, IX, X. Udział lekarzy, innych czynników i osób w wytworzeniu postawy życiowej po przebytych zawale serca

Wyniki przedstawione w tabelach 8, 9 i 10 są omówione wspólnie, gdyż treść zawartych w nich pytań łączy się ze sobą tematycznie.

Na ogół respondenci doceniają rolę i udział lekarza w kształtowaniu postawy życiowej po przebytych zawale serca. Dodatni udział lekarza potwierdza 64,7% respondentów, natomiast 84,2% uznało udział lekarza za potrzebny. Należy podkreślić, że żaden z ankietowanych nie stwierdził ujemnego wpływu lekarzy. Olbrzymie znaczenie wydają się mieć w kształtowaniu postawy po zawale cech charakteru człowieka, co podkreśla większość respondentów. Duże znaczenie ma udział członków rodziny. Oprócz udziału lekarza i członków rodziny, respondenci dostrze-

Tab. 8. Udział lekarzy w powstawaniu postawy życiowej po przebytych zawale serca
The participation of the doctor in the formation of the outlook on life after myocardial infraction

Treść pytania	Liczba ankietowanych	Procent ankietowanych
Dodatni udział lekarzy	86	64,7%
Bez wpływu lekarzy	27	20,3%
Inne odpowiedzi	12	9,0%
Bez odpowiedzi	7	5,2%

Tab. 9. Udział innych czynników w powstawaniu postawy życiowej po przebytych zawale serca
The participation of the other factors in the formation of the outlook on life after myocardial infraction

Treść pytania	Liczba ankietowanych	Procent ankietowanych
Udział własnego charakteru	88	66,1%
Udział członków rodziny	85	63,9%
Udział przyjaciół	34	25,5%

Tab. 10. Potrzeba udziału innych osób oprócz samego chorego w wytwarzaniu postawy życiowej po przebyłym zawale serca

The need of the participation of other people apart from the patient himself in the formation of the outlook on life after myocardial infraction

Treść pytania	Liczba ankietowanych	Procent ankietowanych
Potrzebny udział lekarza	112	84,2%
Potrzebny udział psychologa	85	63,9%

gają potrzebę udziału psychologa w kształtowaniu postawy życiowej po zawale.

Jak wynika z danych zawartych w tab. 10a, najważniejszym okresem oddziaływania psychoterapeutycznego i postępowania mającego na celu umożliwienie przystosowania psychicznego do życia po zawale serca są w kolejności: czas pobytu w Sanatorium, okres leczenia w klinice i okres powrotu do dotychczasowych warunków życia.

Tab. 10a. W jakim okresie choroby pomoc osób wymienionych w tab. 10 jest najważniejsza

At what stage during the illness should the patient (mentioned in table 10) be given help

Treść pytania	Liczba ankietowanych	Procent ankietowanych
W czasie rehabilitacji sanatoryjnej	95	71,4%
W czasie leczenia w szpitalu	94	70,6%
Po powrocie do dotychczasowych warunków życia	90	67,7%
Bezpośrednio po zachorowaniu	74	55,6%

XI. Potrzeba naukowego uświadamiania chorych po przebyłym zawale serca

Na podstawowe pytanie „czy należy uświadamiać naukowo chorych po przebyłym zawale serca” odpowiedziało twierdząco 129 respondentów, co stanowi 96,2% wszystkich ankietowanych. Za najważniejszy okres czasu dla tego postępowania uznano okres rehabilitacji sanatoryjnej, w następnej kolejności — czas powrotu do warunków dotychcześnie-

wego życia, w końcu — okres leczenia w klinice. Większość respondentów uważa, że winno ono być prowadzone przez lekarza leczącego. Spora liczba chorych uważa, że może tego dokonać lekarz w ogóle. Należy zwrócić uwagę na fakt, że 5 ankietowanych, co stanowi 3,7% ogółu, wypowiedziało się przeciw naukowemu uświadamianiu chorych po przebytym zawale serca. Należy podkreślić, że jeden z ankietowanych tej grupy uczestniczył w seansach psychoterapii grupowej.

Tab. 11. Potrzeba naukowego uświadamiania chorych po przebytym zawale serca
The need for explaining medical facts to patients after myocardial infarction

Okres trwania choroby, w którym należy przeprowadzić uświadamianie		
Okres czas uświadamiania	Liczba ankietowanych	Procent ankietowanych
W czasie rehabilitacji sanatoryjnej	92	69,1%
Po powrocie do dotychczasowych warunków życia	85	63,9%
W czasie leczenia w klinice	77	57,9%
Bezpośrednio po zachorowaniu	39	29,3%

Kto powinien prowadzić naukowe uświadamianie chorego

Treść pytania	Liczba ankietowanych	Procent ankietowanych
Lekarz leczący chorego	116	84,7%
Lekarz w ogóle	74	55,6%
Przeczytanie książki wskazanej przez lekarza	67	50,3%
Przeczytanie książki wybranej przez chorego	18	13,5%

XII. Jaką pomoc powinien otrzymać chory po zawale serca, by życie jego było znośne i dostarczało mu radości

Szczególnego omówienia wymaga XII punkt ankiety, w którym ankietowani mieli udzielić odpowiedzi na następujące pytanie: „jaką pomoc powinien chory otrzymać po zawale, by jego życie było znośne i dostar-

czało mu radości". „Proszę to dokładnie opisać i podać swoje propozycje". Tylko jeden ankietowany nie udzielił na pytanie żadnej odpowiedzi, jeden natomiast napisał tylko jedno słowo „marzenia" (Mężczyzna i. 61, wyksz. wyższe). 131 ankietowanych udzieliło bardziej lub mniej wyczerpujących odpowiedzi. Udzielając opisowej odpowiedzi na to pytanie, ankietowani opisywali w zasadzie własną postawę życiową, jaką wytworzyli po zachorowaniu na zawał, przy czym postawa ta jest pozornie ukryta w podanych propozycjach pomocy.

Poniżej przytaczamy najbardziej charakterystyczne wypowiedzi ankietowanych, które powtarzają się w wielu ankietach. Wszystkie wypowiedzi mogą być podzielone na dwie zasadnicze grupy. Do grupy I zaliczyliśmy wypowiedzi ankietowanych podkreślające potrzebę zorganizowania szczególnych okoliczności, przywilejów i pomocy dla ludzi po przebytych zawałach serca. Do grupy II należą wypowiedzi respondentów, którzy ogólnie rzecz biorąc uważają, że ludzi po przebytych zawałach serca należy tylko trochę oszczędzać, a w zasadzie powinni oni wracać do normalnych warunków życia. Dane, o których wyżej była mowa, postaramy się zilustrować oryginalnymi wypowiedziami respondentów.

Grupa I

„Chorych po zawałach należałoby uznać jako chorych zawodowo, gdyż zawał występuje wskutek nerwowej pracy" (mężczyzna, lat 61, wykształcenie średnie).

„Społeczeństwo jest za mało uświadomione, że człowiek po zawałach powinien być w jakimś stopniu oszczędzany" (m. lat 52, wyksz. wyższe).

„Uważam, że chory po zawałach powinien usłyszeć wszystko, co przyjemne, co sprawia radość. Nie powinien mieć przykrości od rodziny, dzieci i rozrywki przyjemne, a nawet lekko pracować" (m. lat 63, bez wykształcenia, dozorca).

„Pomoc dla zawałowców to nie tylko życzliwa atmosfera rodziny i otoczenia, ale życzliwa atmosfera przy załatwianiu wszystkich spraw w urzędzie i innych instytucjach, ponadto zawałowcy winni być zaszeregowani do II grupy inwalidzkiej, uzyskać odpowiedni dokument urzędowy uprawniający ich do załatwiania spraw wszelkich poza kolejnością" (m. lat 56, wyksz. podstawowe).

„Najbardziej cenną pomocą dla chorego po zawałach jest spokój w biurze, jak i w domu czy też innym miejscu pracy. Kierownicy instytucji winni otrzymywać zalecenia od ich władz zwierzchnich, by chorzy, którzy powrócili do pracy po zawałach, byli traktowani przez bezpośrednich kierowników czy też kolegów biurowych w sposób jak najbardziej delikatny celem uniknięcia zadrażeń w czasie pracy, a tym samym stworzyć im warunki spokojne i nie denerwujące" (m. lat 61, wyksz. wyższe).

„Chorym po zawałach należy przedłużyć okres rehabilitacji ponad 6 miesięcy, skrócić komisyjnie czas pracy z 8 do 6 godzin co najmniej do 1 roku po zachorowaniu. Zakład pracy powinien udzielić zapomogi pieniężnej, materialnej itp. na wniosek lekarza — opiekuna" (m. lat 55, wyksz. średnie).

„Nasuwa się postulat, aby czynniki lekarskie, kierownicy katedr czy oddziałów klinicznych przekonali i wyjednali u władz państwowych zaliczenie zawału serca

do chorób zawodowych, co by chroniło pacjenta przed zwolnieniem przynajmniej przez 6 miesięcy od dnia zachorowania" (m. lat 47, wyksz. wyższe).

„W pierwszych dniach lub cały okres pobytu chorego na reanimacji nie informować o zawale lecz o chorobie o znaczeniu mało szkodliwym dla zdrowia. Rodzina chorego powinna mu okazywać dużo radości. Odosabniać chorego przed zdarzeniami przykrymi jak cierpienia i zgony" (m. lat 65, wyksz. średnie).

„Moim zdaniem dobrze by było, ażeby każdy chory na zawał nosił w klapie garderoby małeńki żetonik, wyobrażający serce w kolorze oczywiście czerwonym, a społeczeństwo całego kraju powiadomić za pośrednictwem telewizji, radia i prasy, że Ministerstwo Zdrowia wydało takie zarządzenie, że widok człowieka z serduszkami w klapie garderoby upoważnia go ażeby się liczone z tym człowiekiem i traktowane go jak w danym przypadku należy, bo to jest człowiek ciężko chory" (m. lat 68, wyksz. średnie).

„A moja propozycja to jest przejść na rentę" (m. lat 52, wyksz. podstawowe).

„Chory po zawale powinien otrzymać pomoc materialną i fachową, lekarzy i psychologa oraz czynnika społecznego, np. opiekuna. Chory człowiek powinien mieć wiele kontaktów osobistych o charakterze towarzyskim i rozrywkowym, ale te kontakty nie mogą wyraźnie naruszyć jego upodobań i marzeń" (m. lat 60, wyksz. podstawowe).

„Otoczenie powinno dbać o to, żeby chory miał ciszę i spokój, żadnych silnych wstrząsów, żadnej pracy fizycznej ciężkiej, a dużo radości i przyjemności" (kobieta, lat 71, wyksz. podstawowe).

„Uważam, że winien być bardziej życzliwy stosunek pracodawcy (dyrektora i przełożonych) do osoby po zawale. Poza tym uważam, że okres 1 roku po zawale winien być ulgowy w pracy, np. praca 4—5 godzin dziennie" (m. lat 48, wyksz. wyższe).

Grupa II

„Chory powinien mieć troskliwą opiekę ale bez przesady bo to budzi podejrzenie bardzo groźnego stanu" (m. lat 49, wyksz. podstawowe).

„Myślę, że z pożytkiem dla chorego byłoby, gdyby nie dawano mu odczuć, że uważa się go za mniej wartościowego pracownika" (m. lat 55, wyksz. wyższe).

„Środowisko, w którym chory się znajduje, nie powinno chorego traktować jako inwalidy" (m. lat 54, wyksz. wyższe).

„Chory po zawale winien wrócić przede wszystkim do pracy. Powinien wrócić do pracy w Zakładzie, w którym nabawił się zawału" (m. lat 57, wyksz. średnie).

„Jeżeli fizyczny i psychiczny stan pozwala na to, winien wrócić do swych normalnych zajęć" (m. lat 44, wyksz. wyższe).

„Jeżeli chory po zawale nie wróci do swego zawodu i zmuszony jest iść na emeryturę bardzo ciężko załamuje się psychicznie. Czuje się wtedy tak, jakby był poza nawiasem życia i społeczeństwa" (m. lat 72, wyksz. średnie).

„Nie wolno pozostawać w bezczynności, gdyż bezczynność prowadzi do zubożenia i osłabia bodźce życiowe organizmu. Należy zatem postawić sobie za cel wykonywanie takiego czy innego zadania lub zajęcia, które nie byłoby w kolizji z oszczędzającym trybem życia" (m. lat 74, wyksz. wyższe).

„Zapewnienie, że po względnym wyzdrowieniu, spokojnych warunków pracy zarobkowej, możliwie takiej samej jak przed chorobą przy mniejszym obciążeniu, aby chory nie czuł się niepotrzebny, pokrzywdzony, wyrzucony za burtę" (m. lat 66, wyksz. średnie).

„Chory winien zostać w zakładzie pracy i nie powinien przejść na rentę inwalidzką” (m. lat 62, wyksz. wyższe).

„Środowisko ludzkie nie powinno przyczyniać się do wytworzenia w psychice człowieka przekonania, o jego zbędności i nieprzydatności do życia. Winno go traktować jako jednostkę ze wszechmiar normalną” (m. lat 57, wyksz. średnie).

„Sama praca powinna być w miarę możliwości łżejsza niż przed zachorowaniem, ale zmieniać jej charakteru nie należy, żeby nie wywoływać deprymującego uczucia nieprzydatności zawodowej” (m. lat 61, wyksz. wyższe).

PIŚMIENNICTWO

1. Askanas Z., Siek S., Ostrowska H.: Pol. Tyg. Lek., **34**, 1966.
2. Askanas Z., Popiel M., Rudnicki S., Ślidyński K.: Pol. Tyg. Lek., **30**, 1966.
3. Askanas Z., Ostrowska H., Siek S.: Pol. Tyg. Lek., **33**, 1268, 1966.
4. Broszkiewicz E.: Przegląd Lekarski, **10**, 393, 1963.
5. Enselberg C. D.: Am. Heart Journ., **80**, 137, 1970.
6. Hanzlik J., Majczak A., Łopatyński J.: Balneologia Polska, **16**, 93, 1971.
7. Jenkins C. D.: New. Engl. Jour. Med., **284**, 244, 1971.
8. Kaniewskaja L. S.: Psychosomaticzeskije aspikety koromarniej bolezni. W ks. Niewrazy i somaticzeskije rosstrojstwa. Medgiz Leningrad 1966, p. 117.
9. Liljefors I., Rahe R. H.: Psychosom. Med., **32**, 523, 1970.
10. Russek Henry: Am. Journ. Med. Sci., **46**, 716, 1962.
11. Sprague B. H.: Circulation, **23**, 648, 1961.
12. Syme S. L.: Postgrad., Med., **48**, 123, 1970.
13. Wrześniewski K.: Pol. Tyg. Lek., **43**, 1963, 1969.

Otrzymano 6.IV.1972.

РЕЗЮМЕ

Целью исследования являлась разработка методики проведения психического восстановительного лечения больных, перенесших инфаркт миокарда, оценка этой методики больными и анализ психического состояния, которое появляется у больных после болезни. Для собирання данных авторы использовали анкетный метод. Полученные данные были запрограммированы на перфорированных картах. Подробно анализировалась связь между возрастом, профессией, полом, семейным положением, образованием и отношением к работе, кроме того, изучались факторы, связанные с жизнью, психическим состоянием больных, которые наблюдались в постинфарктный период. Анализируются типы психического состояния, участие врача, семьи, друзей и самого больного в формировании этого состояния, а также анализируется значение этого состояния и его влияние на жизнь больного. Установлено, что чаще всего появляется состояние страха, отреченности, стремление

беречь себя. Доказано большое благотворное влияние врача на состояние больного, облегчающее его жизнь в постинфарктный период. Доказано также, что больные одобряют психофизическое постинфарктное лечение, способствующее восстановлению их трудоспособности.

S U M M A R Y

The aim of the study was to establish the method of psychical rehabilitation for patients after myocardial infarction, to evaluate the proposed method and to analyse the psychical attitudes which could be formed after myocardial infarction.

In order to collect data a special questionnaire was employed, and the data was then coded on perforated cards. The collected material was analysed according to the age, profession, sex, marital status and professional qualifications, facts associated with the patient's life and formation of the psychical attitudes after myocardial infarction survival.

The type of attitude, just as much as the participation of the physician, family, friends and of the patients themselves in its formation, and the significance of the formed attitude and its influence on the patient's life was analysed.

It was ascertained that very often the attitude of fear, resignation and that of sparing himself has been found among these patient.

We have found that the physician has a very strong positive influence on the formation of the attitude which facilitates the life of the patients after myocardial infarction.

