

Psychologiczne efekty rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku sanatoryjnym

Monika Dragunajtys-Sudoł

Sanatorium Uzdrowskowie WITAL w Gołdapii

Streszczenie

Wstęp: Pod wpływem choroby zachodzą zmiany we wszystkich aspektach funkcjonowania pacjentów kardiologicznych, dlatego kompleksowa rehabilitacja schorzeń układu sercowo-naczyniowego łączy farmakoterapię, rehabilitację fizyczną i psychologiczną. Celami oddziaływań psychologicznych są zmniejszenie skutków choroby oraz wytworzenie postawy prozdrowotnej, a czynnikami świadczącymi o przystosowaniu do sytuacji choroby, które można uznać za wskaźniki psychologicznych efektów rehabilitacji, są między innymi poziom lęku i napięcia psychicznego, postawa wobec choroby i stosunek do pracy zawodowej. Celem niniejszej pracy była ocena psychologicznych efektów rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku sanatoryjnym.

Metody: Wykorzystując Skalę Oceny Psychologicznych Efektów Rehabilitacji (SOPER) J. Tytki 2-krotnie przebadano 170 osób — pacjentów 24-dniowej rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku sanatoryjnym. Ocenie poddano 6 czynników: podstawowy nastrój (PN), lęk (L), napięcie psychiczne (NP), obraz siebie (OS), postawę wobec terapii (PWT) oraz postawę wobec pracy i celów życiowych (PWC). Pierwszego pomiaru badanych zmiennych dokonano na początku turnusu rehabilitacyjnego — w 2. dniu pobytu w ośrodku, a końcowego — w 23. dniu pobytu. Za istotne statystycznie uznano różnice między pomiarem początkowym a końcowym w poszczególnych czynnikach na poziomie istotności $p < 0,05$.

Wyniki: W trakcie rehabilitacji zmniejszył się poziom lęku (L) odczuwanego przez pacjentów rehabilitacji kardiologicznej. Wyniki wskazują także na zmniejszenie u nich dyscypliny terapeutycznej i umniejszanie znaczenia zabiegów oraz czynników związanych z rehabilitacją (PWT). Negatywna postawa wobec pracy, w której badani lokalizują źródło swojej choroby, oraz skłonność do minimalizowania własnych celów życiowych uległy nasileniu (PTC).

Wnioski: Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna nie ma bezpośredniego pozytywnego wpływu na psychologiczne efekty rehabilitacji. Oddziaływania fizykoterapeutyczne i psychologiczne zmniejszają objawy lęku. Utrwalone negatywne postawy wobec własnej choroby oraz celów życiowych wykazują jednak tendencję do pogłębiania się mimo rehabilitacji. Powyższe badania mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych poszukiwań czynników wpływających na psychologiczne efekty rehabilitacji kardiologicznej. W dalszych poszukiwaniach empirycznych należałoby uwzględnić czynniki socjopsychologiczne i związane z leczeniem. (Folia Cardiologica Excerpta 2009; 4, 5: 291–295)

Słowa kluczowe: psychologiczne efekty rehabilitacji, rehabilitacja kardiologiczna, lęk, postawa wobec terapii

Artykuł redakcyjny — str. 257

Wstęp

Każda choroba jest trudną i stresującą sytuacją. Swoistość problemów psychologicznych pacjentów kardiologicznych wynika z etiologii chorób układu sercowo-naczyniowego (rola czynników psychologicznych — stresu, osobowości), ich rodzaju (serce uważa się za najważniejszy narząd, ma ono też znaczenie symboliczne), przebiegu (objawy choroby wywołują negatywne reakcje emocjonalne, które często zwrótnie wpływają na nasilenie objawów) oraz wymagań związanych z leczeniem i rehabilitacją (aktywny udział chorego i zmiana stylu życia) [1]. Najczęstszym problemem psychologicznym pacjentów ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego są reakcje emocjonalne — lęk i depresja. Choroba powoduje destrukcyjne zmiany w obrazie własnej osoby i samoocenie. Niekorzystne zmiany dotyczą pacjentów w sferze życia społecznego, między innymi poprzez dostrzeganie mniejszych własnych możliwości realizacji celów życiowych [2, 3].

Rehabilitacja kardiologiczna (wg Światowej Organizacji Zdrowia — Zalecenia Amerykańskiego Stowarzyszenia Rehabilitacji Kardiologicznej i Pulmonologicznej) to „suma oddziaływań koniecznych do modyfikacji przyczyn leżących u podłoża choroby, stworzenie optymalnych warunków fizycznych, psychicznych i społecznych w celu umożliwienia choremu utrzymania lub powrotu do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie” [2]. Potrzebę udziału psychologa w rehabilitacji schorzeń somatycznych uzasadnia paradygmat holistycznego traktowania człowieka, jak również wynika ona z samej definicji rehabilitacji [2].

Choroby układu sercowo-naczyniowego w pewnym stopniu można kontrolować, zatem ich przebieg oraz efekty leczenia i rehabilitacji zależą od aktywności podejmowanej przez chorego. Zaangażowanie pacjenta w proces terapii i rehabilitacji zależy od jego oczekiwań oraz nastawienia wobec siebie i rehabilitacji, dlatego ważne są wytworzenie odpowiedniej postawy wobec leczenia i pobudzenie świadomości wpływu na własne zdrowie. Działalność psychologiczna powinna występować we wszystkich fazach terapii i rehabilitacji chorego, choć w różnej formie i w różnym zakresie. Dlatego też ważne jest wyjaśnienie pacjentom mechanizmów choroby oraz pogłębienie ich wglądu w siebie i umiejętności radzenia sobie [2, 4].

Celem niniejszej pracy była ocena psychologicznych efektów rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku sanatoryjnym.

Metody

Badaną grupę stanowili pacjenci rehabilitacji kardiologicznej przebywający w ośrodku sanatoryjnym na 24-dniowym turnusie w ramach prewencji rentowej. W czasie pobytu chorzy przeszli trening fizyczny (ćwiczenia ogólnokondycyjne, ćwiczenia na cykloergometrze treningowym, gimnastyka krążeniowo-oddechowa i inne zabiegi fizjoterapeutyczne). Ważnym elementem rehabilitacji była również dieta dostosowana do potrzeb pacjentów (niskokaloryczna, lekkostrawna, cukrzycowa). Chorych poddano farmakoterapii. Pacjenci uczestniczyli również w cyklu wykładów w ramach edukacji prozdrowotnej. Kompleksową rehabilitację uzupełniały oddziaływania psychologiczne, z czego psychoedukacja i trening relaksacyjny (głównie metodą Schultza) były obowiązkowe. Pacjenci korzystali również z porady psychologicznej według własnych potrzeb lub z zalecenia lekarza prowadzącego.

Oprócz systematycznej kontroli stanu zdrowia chorych poddano badaniu psychologicznemu za pomocą kwestionariusza Skali Oceny Psychologicznych Efektów Rehabilitacji (SOPER) J. Tyłki [5] na początku (w 2. dniu pobytu) oraz na zakończenie turnusu (w 23. dniu pobytu). Skala ta pozwala na zmierzenie stopnia nasilenia takich właściwości psychologicznych, jak: podstawowy nastrój (PN), lęk (L), napięcie psychiczne (NP), obraz siebie (OS), postawa wobec terapii (PWT) oraz postawa wobec pracy i celów życiowych (PWC).

Analiza statystyczna

Wyniki badań psychologicznych poddano analizie statystycznej za pomocą testów istotności różnic t dla danych zależnych. Za istotne statystycznie uznano różnice na poziomie istotności o wartości $p < 0,05$. Dane dotyczące stanu somatycznego pochodziły z dokumentacji lekarskiej i miały charakter opisowy.

Wyniki

Do badania pierwotnie włączono grupę 243 osób. Części wyników nie wzięto pod uwagę ze względu na brak drugiego pomiaru zmiennych (osoby nie zgłosiły się na badanie, odmówiły uczestnictwa lub opuściły wcześniej ośrodek). Ostatecznie do analizy statystycznej włączono wyniki 2-krotnego pomiaru badanych zmiennych u 170 osób. Wśród badanych byli pacjenci z różnymi schorzeniami kardiologicznymi. Odnotowano następujące rozpoznania: choroba niedokrwienna serca u 114 osób, zawał

Tabela 1. Różnice między pomiarem początkowym i końcowym badanych zmiennych wyznaczających psychologiczne efekty rehabilitacji przy zastosowaniu Skali Oceny Psychologicznej Efektów Rehabilitacji (SOPER). Zaznaczone różnice są istotne statystycznie na poziomie ufności $p < 0,05$

Zmienna	Pomiar	Średnia	SD	Różnica	t	p
Podstawowy nastrój	Początkowy	69,29	16,72	-0,81	-1,07	0,29
	Końcowy	70,11	17,62			
Lęk	Początkowy	64,88	15,87	1,78	2,32	0,02
	Końcowy	63,09	16,71			
Napięcie psychiczne	Początkowy	61,13	15,17	0,77	1,02	0,31
	Końcowy	60,36	15,57			
Obraz siebie	Początkowy	66,52	15,86	0,50	0,68	0,50
	Końcowy	66,02	15,71			
Postawa wobec terapii	Początkowy	33,03	5,58	1,43	3,09	0,00
	Końcowy	31,60	6,64			
Postawa wobec pracy i celów życiowych	Początkowy	42,33	9,33	1,39	2,68	0,01
	Końcowy	40,94	9,47			

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

serca u 54, nadciśnienie tętnicze u 104 oraz inne rozpoznania u 26 badanych. Wszystkie osoby przez ponad 6 miesięcy od stwierdzenia choroby układu sercowo-naczyniowego i przed włączeniem do badania nie były poddane rehabilitacji (w przypadku osób z nadciśnieniem tętniczym okres ten wydłużył się nawet do kilkunastu lat).

W wyniku zastosowania kompleksowej rehabilitacji u zdecydowanej większości pacjentów (88%) uzyskano poprawę wydolności fizycznej. Poprawa obejmowała również ciśnienie krwi tętniczej i stężenie lipidów. Dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego zgłaszało niewiele osób (15%); pacjenci informowali również o dolegliwościach dotyczących innych układów (np. związanych z chorobami współistniejącymi).

Zmienne psychologiczne zbadano za pomocą Skali Oceny Psychologicznych Efektów Rehabilitacji J. Tyłki [5]. W początkowym badaniu uzyskano relatywnie niskie wyniki w skalach PN, OS, PWT, PWC, zaś wysokie w skalach L i NP. Oznacza to, że na początku rehabilitacji pacjenci mieli obniżony nastrój, przejawiający się apatią, przygnębieniem i zniechęceniem. Towarzyszył im silny lęk związany z przeczuwaniem nadchodzącego nieszczęścia, niepokojem o wynik leczenia i przyszłość, który przejawiał się w reakcjach vegetatywnych i zachowaniach. U osób tych stwierdzono nadmierną gotowość do reagowania na każdy bodziec, duże napięcie mięśni i tendencję do utrzymywania się przez dłuższy czas reakcji vegetatywnych oraz słabe zdolności odprężania się. W związku z cechującym badanych zaniżonym obrazem własnej osoby unikali oni angażowania się w aktywności, sądząc, że nie

są zdolni do pokonywania trudności. Chorzy przyjeżdżający na rehabilitację charakteryzowali się negatywną postawą wobec terapii — pomniejszali rolę miejsca, zabiegów i zespołu terapeutycznego, naruszali dyscyplinę terapeutyczną, nie przestrzegali zaleceń lekarskich, nie wierzyli w powagę swojej choroby, jak również wykazywali negatywną postawę wobec celów życiowych i pracy zawodowej — byli skłonni do zupełnej rezygnacji z pracy, ograniczania zainteresowania sprawami związanymi z pracą zawodową, minimalizowali swoje życiowe cele (tab. 1).

Wyniki oceny psychologicznych efektów rehabilitacji zmieniły się znacznie w porównaniu z oceną początkową — lęk się zmniejszył, chorzy istotnie mniej niepokoiли się o przyszłość i mieli mniej objawów vegetatywnych. Natomiast postawy wobec terapii oraz postawy wobec pracy i celów życiowych uległy negatywnym zmianom. Pacjenci jeszcze częściej bagatelizowali objawy choroby i metody jej leczenia, pomniejszali znaczenie oddziaływań terapeutycznych, byli również bardziej nieprzychylnie nastawieni do powrotu do pracy zawodowej oraz działań z nią związanych i jeszcze bardziej ograniczali swoje cele życiowe.

Dyskusja

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna uwzględnia wzajemne oddziaływania stanu somatycznego i psychicznego. Stwierdzono, że w czasie rehabilitacji fizycznej dochodzi do obniżenia poziomu lęku i wzrostu poziomu zmiennych osobowościowych świadczących o lepszym przystosowa-

niu [3]. Jednocześnie wyniki badań wskazują [6], że nie ma bezpośredniej zależności między danymi biomedycznymi a jakością życia pacjentów kardiologicznych. Zmienne biomedyczne wyjaśniają zaledwie 16% zmienności w zakresie jakości życia. W innych badaniach [7] poziom jakości życia istotnie korelował z nasileniem dolegliwości wieńcowych, ale nie wiązał się z oceną niewydolności serca, co dało podstawy do sformułowania wniosku, że komfort życia pacjentów jest w większym stopniu zależny od pojawienia się dolegliwości niż od nasilenia zmian w układzie sercowo-naczyniowym. Ponieważ dolegliwości kardiologiczne nie zawsze korelują z obiektywnym nasileniem zmian chorobowych, ale wiążą się z nasileniem zmian psychopatologicznych, można przypuszczać, że są funkcją właściwości psychicznych. Paradoksalnie wręcz, pacjenci z rozpoznaną dławicą, ale bez krytycznych zmian w naczyniach wieńcowych, zgłaszali więcej dolegliwości niż osoby z istotnymi zwężeniami stwierdzonymi w koronarografii [8].

Rehabilitacja kardiologiczna [2] zmierza do eliminacji lub zmniejszenia nasilenia czynników ryzyka, wśród których wymienia się także czynniki psychospołeczne, przede wszystkim niski poziom wsparcia społecznego, niektóre cechy osobowości, przewlekły stres, status społeczno-ekonomiczny i depresję. Z tego powodu w postępowaniu terapeutycznym należy także uwzględnić oddziaływania psychologiczne. Interwencja behawioralna i psychospołeczna oraz indywidualizacja programu rehabilitacji stanowią o jej rezultatach [2, 9]. Autorzy przeglądu prac naukowych [10] dotyczących terapii pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi i depresją zauważyli, że dostępnych jest niewiele prac dotyczących zastosowania niefarmakologicznych środków w terapii, choć uznano je za skuteczne. Spośród tych środków na szczególną uwagę zasługują ich zdaniem oddziaływania psychologiczne, które mogą również wpływać na redukcję czynników ryzyka choroby wieńcowej. Warto podkreślić, że większą częstość depresji u osób leczonych z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego potwierdzono w wielu badaniach i wynosi ona 16–23% [11]. Depresja obiektywnie wpływa na rokowanie w chorobach układu sercowo-naczyniowego, a także na przebieg i efekty leczenia oraz rehabilitacji [12, 13]. W związku z tym, że objawy depresyjne powodowały między innymi zmniejszoną frekwencję na zajęciach rehabilitacyjnych, szczególnie należy uwzględnić pomoc psychologiczną w rehabilitacji depresyjnych pacjentów kardiologicznych [14].

Ponadto depresja wpływa na postrzeganie stanu własnego zdrowia. Subiektywnie oceniany stan

zdrowia w pewnym stopniu zależy od samej depresji, ale również od współwystępujących z nią objawów somatycznych choroby, osobowości oraz wsparcia społecznego [15]. Poziom depresji przed operacją kardiologiczną i jego wzrost po zabiegu wiążą się z niższym poziomem jakości życia [13].

Pacjenci kardiologiczni często bardziej boją się konsekwencji psychologicznych i społecznych niż zdrowotnych choroby. Największym źródłem lęku okazały się utrata opieki i troski osób znaczących, osamotnienie, brak zabezpieczenia materialnego oraz ograniczenie kontaktów społecznych, ale także poczucie winy związane z pogorszeniem sytuacji rodzinnej i zawodowej, ograniczenie pełnionych ról społecznych, wstyd z powodu zachorowania i tego, jak chory będzie odebrany w swoim środowisku. Tego typu lęk pojawia się już około miesiąca po zawale, kiedy obawa związana z utratą zdrowia i życia nie jest tak znacząca, a poczucie bezpośrednio zagrożenia już minęło [16].

Jak zauważają niektórzy autorzy [17], ważnym krokiem obniżającym poziom lęku i ułatwiającym rehabilitację może być przywrócenie poczucia kontroli nad sytuacją, a więc również wytworzenie pozytywnej, współpracującej postawy wobec leczenia i celów życiowych. Dlatego też jednym z postulowanych efektów rehabilitacji kardiologicznej jest mobilizacja chorego do współpracy [18].

Pacjenci po zawale serca, którzy otrzymywali w domu pomoc psychologiczną, dłużej utrzymywali się w dobrej kondycji psychofizycznej, rzadziej umierali z powodu chorób serca, rzadziej też występowały u nich depresja i lęk. Interwencja psychospołeczna zmniejsza stres i pozytywnie wpływa na stan psychologiczny oraz długoterminowe rokowania u osób po zawale serca [19]. Ponadto lepsze efekty ma wczesne oddziaływanie psychologiczne. Interwencja psychologiczna w szpitalu po pierwszym zawale pozytywnie wpływa na stan zdrowia i postrzeganie własnej choroby. Pacjenci są lepiej przystosowani do powrotu do domu i znacząco rzadziej niż u osób niekorzystających z takiej interwencji pojawiają się u nich objawy choroby niedokrwiennej [20].

Niestety, jak wynika z przeprowadzonych przez autorkę badań psychologicznych, efekty rehabilitacji kardiologicznej nie zawsze spełniają pokładane w nich oczekiwania. Jediną korzystną zmianą obserwowaną w tej populacji było obniżenie poziomu lęku. Nieoczekiwane wzmocnienie negatywnych postaw wobec terapii, pracy i celów życiowych wymaga pilnego wyjaśnienia. Nie można wykluczyć, że czynnikiem, który istotnie wpływa na efekty rehabilitacji, jest czas jej wdrożenia. Brak takich od-

działaowań w pierwszych 6 miesiącach od zachorowania może nasilać negatywne postawy wobec samej terapii oraz celów życiowych. Trudno oczywiście wykluczyć inne czynniki, które mogłyby wpływać na takie rezultaty, w tym dobór badanej populacji oraz jakość i dostosowanie programu rehabilitacji.

Wnioski

Psychologiczne efekty rehabilitacji kardiologicznej prowadzonej w ośrodku sanatoryjnym nie zawsze są pozytywne. Z tego powodu celowe wydają się systematyczna ocena tych wyników i poszukiwanie przyczyn niepowodzeń.

Piśmiennictwo

1. Wrześniewski K. O niektórych problemach pracy psychologa z pacjentami kardiologicznymi z zawałem serca. W: Heszen-Niejodek I. red. Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1990: 110–127.
2. Tylka E., Tylka J. Rola psychologa w zespole rehabilitacyjnym. *Depresja i Lęk* 2003; 8: 37–44.
3. Tylka J. Sfera psychiczna człowieka a progresja chorób układu krążenia. W: Naruszewicz M. red. *Kardiologia zapobiegawcza*. PTBNM, Szczecin 2003: 237–249.
4. Tylka J. Rehabilitacja psychiczna. W: Kwolek A. red. *Rehabilitacja medyczna*. Tom 1. Urban & Partner, Wrocław 2003: 44–64.
5. Tylka J., Makowska M. Skala Oceny Psychologicznej Efektywności Rehabilitacji (SOPER). *Przegl. Psychol.* 1985; 28: 3.
6. Skrzypek M., Widomska-Czekańska T. Subiektywnie oceniony stan zdrowia a nasilenie zmian w naczyniach wieńcowych u pacjentów z dusznicą bolesną. *Pol. Przegl. Kardiol.* 2002; 4: 343–348.
7. Suwalski P., Suwalski G., Filipiak K.J. i wsp. Jakość życia chorych poddanych operacji pomostowania tętnic wieńcowych — porównanie wizualnej skali jakości życia z kliniczną oceną wydolności wieńcowej i krążeniowej (CCS, NYHA) przed i po operacji. *Pol. Przegl. Kardiol.* 2003; 5: 283–288.
8. Korzeniowska-Kubacka I., Kowalska M., Tylka J., Piotrowicz R. Psychosomatyczne wyznaczniki jakości życia u osób z chorobą niedokrwinną serca poddanych krótko- i długoterminowej rehabilitacji. *Pol. Przegl. Kardiol.* 2003; 5: 157–161.
9. Pakalska-Korcala A., Zdrojewski T., Piwoński J., Radziwiłowicz P., Landowski J., Wyrzykowski B. Stres i niskie wsparcie społeczne jako psychospołeczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiol. Pol.* 2006; 64: 80–86.
10. Lett H.S., Davidson J., Blumenthal J.A. Nonpharmacologic treatments for depression in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Med.* 2005; 67: 58–62.
11. Wysocki H., Rybakowski J. *Depresja i lęk a choroby układu krążenia*. Polfa, Kutno 2001.
12. Carney R.M., Rich M.W., Freedland K.E. i wsp. Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Med.* 1988; 50: 627–633.
13. Goyal T.M., Idler E.L., Krause T.J., Contrada R.J. Quality of life following cardiac surgery: impact of the severity and course of depressive symptoms. *Psychosomatic Med.* 2005; 67: 759–765.
14. Grace S.L., Abbey S.E., Pinto R., Shnek Z.M., Irvine J., Stewart D.E. Longitudinal course of depressive symptomatology after a cardiac event: effects of gender and cardiac rehabilitation. *Psychosomatic Med.* 2005; 67: 52–58.
15. Sullivan M.D., LaCroix A.Z., Russo J.E., Walker E.A. Depression and self-reported physical health in patients with coronary disease: mediating and moderating factors. *Psychosomatic Med.* 2001; 63: 248–256.
16. Gwozdecka E. Lęk i nadzieja u chorych po zawale serca. W: Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T.M. red. *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005: 207–219.
17. Falvo D. *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury 2005.
18. Kompleksowa Rehabilitacja Kardiologiczna. Definicja, zadania, etapy i efekty rehabilitacji kardiologicznej. *Folia Cardiol.* 2004; 11 (supl. A): A1–A3.
19. Cossette S., Frasere-Smith N., Lespérance F. Clinical implications of a reduction in psychological distress on cardiac prognosis in patients participating in a psychosocial intervention program. *Psychosomatic Med.* 2001; 63: 257–266.
20. Petrie K.J., Cameron L.D., Ellis C.J., Buick D., Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an Early Intervention Randomized Controlled Trial. *Psychosomatic Med.* 2002; 64: 580–586.