

Weryfikacja psychologicznych efektów rehabilitacji — pierwszy krok do osiągnięcia wytyczonych celów

Aldona Kubica

Katedra i Zakład Promocji Zdrowia *Collegium Medicum* w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Artykuł — str. 291

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna może zmniejszyć umieralność z przyczyn sercowo-naczyniowych i ogólną o około 20–25% oraz liczbę nagłych zgonów w czasie pierwszego roku po przebytym zawale serca o około 35%. Poza wydłużeniem życia, rehabilitacja ma także poprawiać jego jakość poprzez przyspieszenie powrotu chorego do optymalnego stanu zdrowia, ułatwienie zaakceptowania nowej sytuacji życiowej, zmniejszenie prawdopodobieństwa nawrotu choroby i jej powikłań oraz utrzymanie przez pacjenta, najdłużej jak to możliwe, pełnej samodzielności [1, 2].

Według zaleceń Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego [3] stałymi elementami kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej są:

- ocena stanu klinicznego chorego;
- ustalenie optymalnej farmakoterapii;
- rehabilitacja fizyczna;
- rehabilitacja psychospołeczna;
- ocena i zwalczanie czynników ryzyka choroby wieńcowej;
- modyfikacja stylu życia;
- edukacja pacjentów i ich rodzin;
- monitorowanie postępów rehabilitacji.

W dokumencie tym [3] zalecono bezwzględne wdrażanie rehabilitacji, kontynuowanie jej w sposób ciągły, wieloetapowo, dostosowując do indywidualnych potrzeb chorego, w zależności od jego stanu klinicznego. Ponadto rehabilitacja powinna być prowadzona w sposób akceptowany przez pacjenta i jego otoczenie.

Nieodzownym warunkiem dającym pacjentom możliwość powrotu do prawidłowego funkcjonowania w życiu społecznym i zawodowym jest kompleksowość rehabilitacji kardiologicznej, obejmująca także sferę psychiki rehabilitowanych osób. Wiadomo bowiem, że związek między chorobami układu sercowo-naczyniowego a psychiką pacjentów jest wyjątkowo silny i ma wielopłaszczyznowy, zwrotny charakter. Stres, zwłaszcza długotrwały, zaburzenia o charakterze lękowym czy depresja mogą być zarówno czynnikiem ryzyka schorzeń kardiologicznych, jak i ich konsekwencją [4, 5].

Skutkiem poznawania tych zależności, przy olbrzymiej częstości występowania choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego czy niewydolności serca, było powstanie odrębnej, dynamicznie rozwijającej się gałęzi psychologii zdrowia — psychologii kardiologicznej, która zajmuje się identyfikowaniem psychospołecznych czynników ryzyka rozwoju i przebiegu chorób układu sercowo-naczyniowego oraz następstwami chorób kardiologicznych [6, 7].

Działania psychoterapeutyczne i edukacyjne powinny być integralnymi elementami kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. O ile w trakcie pobytu w szpitalu z powodu zaostrzenia choroby realizacja tego postulatu z różnych powodów często jest niewystarczająca, to aspekty psychologiczne chorób układu sercowo-naczyniowego są w praktyce bardziej doceniane w ramach stacjonarnej i ambulatoryjnej rehabilitacji poszpitalnej [8]. W niniejszym numerze „Folia Cardiologica Excerpta” opublikowano pracę z zakresu psychologii kardiologicznej. Dragunajtyś-Sudoł [9] wykazała w niej, że psychologiczne efekty rehabilitacji kardiologicznej prowadzonej w ośrodku sanatoryjnym nie za-

wsze są pozytywne. W badanej populacji jedyną korzystną zmianą zaobserwowaną po kompleksowych działaniach rehabilitacyjnych było znamienne obniżenie poziomu lęku. Jednocześnie odnotowano istotne statystycznie wzmocnienie negatywnych postaw wobec terapii, pracy i celów życiowych [8]. Niezależnie od przyczyn, taki wynik można interpretować jako zdecydowaną porażkę rehabilitacji w wymiarze psychospołecznym, zwłaszcza w odniesieniu do obowiązujących zaleceń, w których cele postępowania psychoterapeutycznego zdefiniowano następująco:

- wyeliminowanie lub redukcja negatywnych emocji: lęku, depresji, gniewu;
- wytworzenie pozytywnego nastawienia do choroby, siebie samego, pracy i celów życiowych;
- zmiana „filozofii życiowej”, stylu życia i aktywne zwalczanie czynników stanowiących ryzyko nawrotu choroby [3].

Jednak na wyniki przedstawione w tej publikacji można także spojrzeć z innej perspektywy. Niezwykle ważne jest już samo stwierdzenie, że podejmowane działania są nieskuteczne lub prowadzą wręcz do pogłębienia negatywnych postaw. Ten przykład dowodzi, że nie można bezkrytycznie przyjmować założenia, iż standardowe działania psychoterapeutyczne zawsze będą przynosiły oczekiwane wyniki.

Każde działanie psychoterapeutyczne i edukacyjne, zwłaszcza jeśli ma być prowadzone na większą skalę, tak jak to się dzieje w sanatoriach, wymaga przygotowania odpowiedniej strategii. Pierwszym krokiem jest ocena potrzeb, a następnym — przygotowanie planu obejmujące zdefiniowanie celów ogólnych oraz szczegółowych zadań. Cele ogólne, oprócz określenia powodów podejmowanych działań („Dlaczego?”), muszą precyzyjnie zdefiniować ich adresata („Kto?”). Natomiast zadania szczegółowe powinny precyzować: treści („Co?”), które mają być przekazane, planowane metody terapeutyczne („Jak?”) oraz otoczenie („Gdzie?”). Trzecim krokiem jest wdrażanie zaplanowanych działań, a ostatnim — ich weryfikacja [10]. Psychoterapia i edukacja realizowane w ramach kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej powinny być indywidualizowane, w zależności od postawy pacjenta wobec choroby (wynikającej ze stylu i sposobu radzenia sobie ze stresem), z uwzględnieniem innych czynników, takich jak: wiek, sytuacja rodzinna, wykształcenie, wykonywany zawód. Uświadomienie pacjentowi możliwości wpływu na przebieg choroby jest punktem wyjścia do wypracowania potrzeby podjęcia działań profilaktycznych obejmujących zarówno zmiany stylu życia (zaprzestanie palenia tytoniu, zmiana nawyków

żywieniowych, zwiększenie aktywności fizycznej), jak i podjęcie systematycznego, zgodnego z obowiązującymi standardami leczenia farmakologicznego. Istotnym celem terapii jest przywrócenie samoakceptacji i zaufania do siebie. Olbrzymi stres towarzyszący chorobom serca często powoduje poczucie zawodności własnego organizmu. Odbudowanie zachwianej wiary we własne siły jest warunkiem pełnego powrotu do normalnej aktywności życiowej zarówno w wymiarze społecznym, jak i zawodowym. W realizacji tego celu niezwykle pomocna jest rehabilitacja ruchowa. Dobra tolerancja coraz większych wysiłków oraz zachęta do prowadzenia aktywnego trybu życia pozwalają pacjentowi odbudować wiarę w siebie [4, 11–13].

Te znane założenia kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej powinny być realizowane w praktyce, jednak wyniki opublikowane przez Dragunajtys-Sudoł [9] pozwalają uświadomić sobie, że cel nie zawsze jest osiągany, a niekiedy uzyskane efekty są przeciwne w stosunku do zamierzonych. Ta ważna obserwacja niezbicie dowodzi, że wszelkie działania psychoterapeutyczne i edukacyjne powinny być weryfikowane, aby określić ich wpływ na pacjentów. Na podstawie oceny efektów można podejmować decyzje dotyczące ewentualnych modyfikacji celów i zadań, kontynuowania lub zaniechania realizacji konkretnego projektu [10].

Dragunajtys-Sudoł [9] słusznie podsumowuje, że systematyczna ocena wyników i poszukiwanie przyczyn niepowodzeń są celowe, ponieważ jest to pierwszy i nieodzowny etap działań zmierzających do odnajdywania oraz eliminacji błędów.

Piśmiennictwo

1. Ades P.A. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N. Engl. J. Med.* 2001; 345: 892–902.
2. Ades P.A., Pashkow F.J., Nestor J.R. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *J. Cardiopulm. Rehab.* 1997; 17: 222–231.
3. Kompleksowa Rehabilitacja Kardiologiczna. *Folia Cardiologica*. 2004; 11 (supl. A).
4. Wrześniewski K. Miejsce depresji w rozważaniach nad przyczynami i konsekwencjami chorób układu krążenia. *Kardiologia Polska*. 2003; 59: 533–534.
5. Kubica A., Bogdan M., Budnik-Szymoniuk M. Zaburzenia lękowe u chorych po zawale serca. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 103–106.
6. Fisher J. Is there a need for cardiac psychology? The view of a practicing cardiologist. W: Allan R., Scheidt S. red. *Heart and mind. The practice of cardiac psychology.* American Psychology Association, Washington 1998.
7. Ratajska A., Sinkiewicz W. Psychologiczne problemy chorych z niewydolnością serca. W: Sinkiewicz W., Kubica J. red. *Przewlekła niewydolność serca — wybrane problemy diagnostyki i terapii.* Medical Education sp. z o.o., Warszawa 2008: 213–233.

8. Krakowska A., Kubica J., Koziński M. i wsp. Przebieg rehabilitacji szpitalnej u chorych z ostrym zawałem serca leczonych pierwotną angioplastyką lub trombolitycznie. *Folia Cardiol.* 2005; 12: 273–283.
9. Dragunajtys-Sudoł M. Psychologiczne efekty rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku sanatoryjnym. *Folia Cardiologica Excerpta* 2009; 5: 291–295.
10. Kropińska I. red. Problematyka przekonań zdrowotnych jako obszar teoretyczno-badawczy pedagogiki społecznej. W: Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej. Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz 2003: 249–262.
11. Wysocki H., Rybakowski J. Depresja a choroba niedokrwienna serca. *Kardiol. Pol.* 1999; 51: 248–253.
12. Denoillet J., Brutsaert D.L. Personality, disease severity, and the risk of long term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation* 1998; 97: 167–173.
13. Włodarczyk D. Niektóre psychologiczne konsekwencje zawału serca w świetle współczesnych badań. *Pol. Przegl. Kardiol.* 2004; 6: 85–90.