

Psychologiczny aspekt zawału serca — niedoceniana zmienna w procesie terapii i rehabilitacji

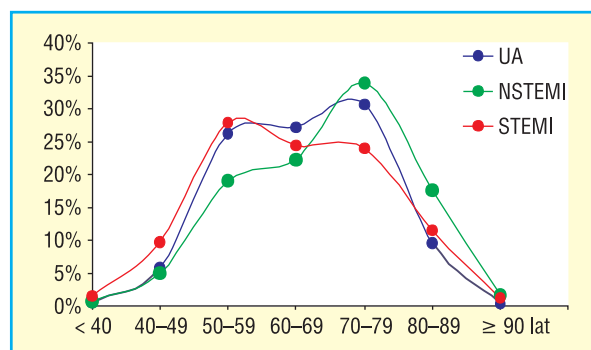
Aldona Kubica

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

Artykuł — str. 200

Choroby układu sercowo-naczyniowego ze względu na ich rozpowszechnienie stanowią w Polsce ważny problem, który trzeba rozpatrywać nie tylko w wymiarze czysto medycznym, ale także w kategoriach skutków społecznych i ekonomicznych. Według najnowszych danych Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych (PL-ACS) w 2007 roku łączna liczba hospitalizacji z powodu ostrych zespołów wieńcowych (ACS, *acute coronary syndrome*) wyniosła około 125 000. Z tego około 39 000 (31%) stanowili pacjenci z zawałem serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST (STEMI, *ST-elevation myocardial infarction*) [1].

Ze względu na często ciężki przebieg ostrej fazy choroby terapia pacjentów ze STEMI stanowi szczególnie wyzwanie zarówno na etapie leczenia szpitalnego, jak i podczas późniejszej rehabilitacji. Nie bez znaczenia są także bardzo poważne konsekwencje społeczne i ekonomiczne tej postaci ACS. Częstość występowania STEMI w Polsce rośnie gwałtownie wśród osób po 40. roku życia, osiągając szczyt między 50. a 59. rokiem życia. Natomiast później, gdy częstość występowania STEMI stopniowo maleje, nadal dynamicznie wzrasta częstość innych postaci ACS [dławicy niestabilnej (UA, *unstable angina*) i zawału serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI, *non-ST-elevation myocardial infarction*)], których szczyt występowania odnotowuje się między 70. a 79. rokiem życia (ryc. 1) [1].

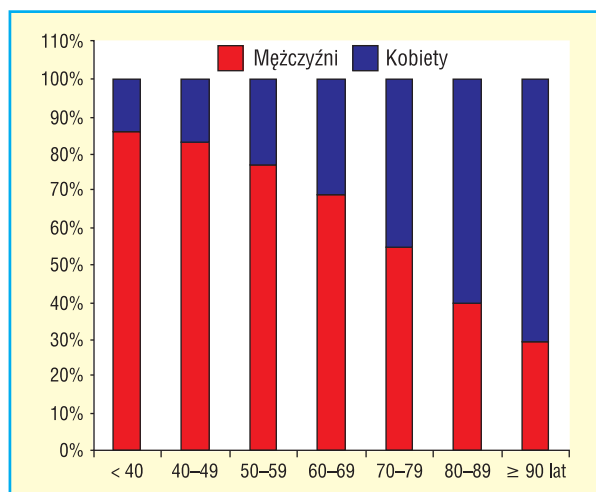


Rycina 1. Rozkład częstości występowania ostrych zespołów wieńcowych w zależności od wieku

Ogromny postęp w zakresie kardiologii interwencyjnej, którego byliśmy świadkami w ostatnich kilku latach, pozwolił na znaczące zmniejszenie wczesnej i odległej śmiertelności wśród pacjentów ze STEMI. Jednak poza tym niewątpliwym sukcesem w zakresie terapii somatycznej istnieje także inny, często niedostrzegany i pomijany, psychologiczny aspekt choroby, będący wynikiem stresu. Stres związany z zawałem serca zapewne się zmniejszył w wyniku postępu technologicznego, jednak z całą pewnością nie został wyeliminowany [2–4].

W niniejszym numerze „Folia Cardiologica Excerpta” opublikowano bardzo interesujący przegląd badań dotyczących zespołu stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*) u pacjentów po zawale serca [5]. Zawał serca jako choroba

Adres do korespondencji: Dr n. med. Aldona Kubica, Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz, e-mail: kizpromzdr@cm.umk.pl



Rycina 2. Częstość występowania ostrych zespołów wieńcowych u mężczyzn i kobiet w zależności od wieku

bezpośrednio zagrażająca życiu ma nieuniknione konsekwencje dotyczące sfery psychicznej pacjenta i jego rodziny, które nierzadko przybierają postać spełniającą kryteria rozpoznania PTSD [5, 6].

Wystąpienie zawału serca powoduje u większości osób poczucie zagrożenia i zmniejszonej własnej wartości. Chory znajduje się nagle w zupełnie nowej dla niego sytuacji, która gwałtownie zmienia jego życie. Na indywidualne przeżywanie tej fazy choroby wpływa wiele czynników (wiek, płeć, sytuacja rodzinna i ekonomiczna, status zawodowy i społeczny) [4, 6, 7]. Zawał serca dość często bywa pierwszym objawem choroby. Pojawiając się zupełnie niespodziewanie, niejednokrotnie dotyka ludzi w pełni aktywności społecznej i zawodowej. W szóstej dekadzie życia, szczytowej dla występowania STEMI, aż 77% osób hospitalizowanych w naszym kraju z tym rozpoznaniem to mężczyźni (ryc. 2), co ma szczególnie duże znaczenie wobec faktu, że podstawę bytu ekonomicznego wielu rodzin stanowią przede wszystkim zarobki uzyskiwane właśnie przez mężczyzn [1]. W takiej sytuacji, oprócz poczucia zagrożenia życia, które po ustąpieniu bólu zawałowego stopniowo schodzi na dalszy plan, pojawia się lęk związany z niepewnością dotyczącą możliwości dalszego funkcjonowania w różnych sferach życia w takim wymiarze jak przed zawałem [4, 8, 9]. Powstają wymagające pilnej odpowiedzi pytania: Czy mogę kontynuować swoją pracę? Czy będę w stanie zapewnić byt rodzinie? Czy nie stanę się ciężarem dla moich bliskich? Jakie ograniczenia wynikają z choroby? Zadaniem lekarzy lub specjalnie przygotowanych do tego pielęgniarek jest psychoedukacja połączona z rehabilitacją ruchową, roz-

poczynana już we wczesnej fazie po zawałe serca [2, 10]. Warto podkreślić, że działania edukacyjne powinny obejmować nie tylko pacjenta, ale także jego najbliższą rodzinę. Celem tych działań jest z jednej strony zmniejszenie lęku, a z drugiej pozytywna motywacja pacjenta do intensywnych działań w zakresie profilaktyki wtórnej [2, 10, 11].

U osób po zawałe serca powszechnie niedostrzegany jest problem zarówno występowania PTSD, jak i jego poważnych konsekwencji praktycznych [5, 12]. Jedną z przyczyn tego zjawiska jest bez wątpienia znaczne skrócenie czasu leczenia szpitalnego chorych z zawałem serca, a w związku z tym ograniczenie możliwości kontaktu personelu medycznego z pacjentem i jego rodziną.

Mróz [5] w podsumowaniu swojej pracy podkreśliła, że publikacje dotyczące PTSD w polskim piśmiennictwie są bardzo nieliczne. Warto zwrócić uwagę, że liczebność pacjentów włączonych do 9 cytowanych przez nią badań była relatywnie mała i wahała się od 50 do zaledwie 112 osób. Ponadto badania te znacząco różniły się od siebie pod względem metodologicznym. W konsekwencji możliwość sformułowania jednoznacznych wniosków jest bardzo ograniczona. Trzeba się zatem zgodzić z końcową konkluzją, że problematyka występowania PTSD u osób po zawałe serca jest „obszarem do dalszych badań klinicznych” [5].

Optymalny sposób postępowania z pacjentami hospitalizowanymi z powodu zawału serca powinien obejmować nie tylko intensywne leczenie somatyczne, ale także ciągle niedoceniany wpływ na sferę psychiki pacjenta poprzez działania psychoedukacyjne [2, 4, 11].

Psychoedukacja ma kilka strategicznych celów, których realizacja powinna być indywidualizowana w zależności od postawy pacjenta wobec choroby, z uwzględnieniem innych czynników, takich jak wiek, stan rodzinny, wykształcenie, wykonywany zawód. Pierwszym i podstawowym celem jest uświadomienie pacjentowi możliwości wpływu na przebieg choroby. Świadomość tego, że pacjenci we współpracy z lekarzem nie są bezsilni, a wręcz przeciwnie, mogą zasadniczo zmienić przebieg choroby, ma kluczowe znaczenie w realizacji pozostałych celów. Zrozumienie przez chorego sensu często nieprzyjemnych działań diagnostycznych i leczniczych sprzyja ich akceptacji, a także istotnie poprawia efektywność leczenia. Następnym, niezwykle ważnym celem jest wyrobienie potrzeby podjęcia działań profilaktycznych, obejmujących zarówno zmiany stylu życia (zaprzestanie palenia tytoniu, zmiana nawyków żywieniowych, zwiększenie aktywności fizycznej), jak i wdrożenie systematycznego,

zgodnego z obowiązującymi standardami leczenia farmakologicznego. Ostatnim spośród celów realizowanych w ramach hospitalizacji jest przywrócenie samoakceptacji i zaufania do siebie. Ogromny stres towarzyszący zawałowi wywołuje 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 przy bardzo niewielu ograniczeniach pozwalają pacjentowi odbudować wiarę w siebie. W przypadku zawału serca przebiegającego z poważnymi powikłaniami nie zawsze można zastosować przyjęte schematy postępowania — wówczas konieczne jest indywidualizowanie działań psychotherapeutycznych [2, 4, 7, 9–11].

Trzeba jednak podkreślić, że tak „życzeniowo” potraktowany wewnątrzszpitalny program psychoedukacji nie zawsze jest możliwy do zrealizowania. W efekcie jedynie nieliczna grupa chorych w pojedynczych ośrodkach klinicznych może skorzystać z pełni możliwości terapeutycznych obejmujących nie tylko *physis*, ale także *psyche*.

Piśmiennictwo

1. Kubica J., Poloński L., Gierlotka M., Sinkiewicz W. Zawał serca — epidemiologia. W: Kubica J., Sinkiewicz W. red. Chory po zawale serca. Via Medica, Gdańsk 2008: 1–5.
2. 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.
3. Włodarczyk D. Niektóre psychologiczne konsekwencje zawału serca w świetle współczesnych badań. Pol. Przegl. Kardiol. 2004; 6: 85–90.
4. Kubica A., Bogdan M., Budnik-Szymoniuk M. Zaburzenia lękowe u chorych po zawale serca. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2004; 4: 103–106.
5. Mróz J. Zespół stresu pourazowego u pacjentów po zawale serca — przegląd badań. Folia Cardiologica Excerpta 2009; 4: 200–203.
6. Clark A.M. 'It's like an explosion in your life...': lay perspectives on stress and myocardial infarction. J. Clin. Nurs. 2003; 12: 544–553.
7. Jakubowska-Winecka A. Style a strategie radzenia sobie ze stresem po zawale serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red. Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 83–106.
8. Wrześniewski K. Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem po zawale serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red. Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 69–81.
9. Kubica A., Bogdan M., Grzešek G., Krakowska A., Sukiennik A. Radzenie sobie ze stresem we wczesnym okresie po zawale serca. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2005; 5: 95–98.
10. Pięstrzeniewicz K., Navarro-Kuczberska N., Bolinska H., Jegier A., Maciejewski M. The impact of comprehensive cardiac rehabilitation in patients up to 55 years old after acute myocardial infarction treated with primary coronary intervention. Pol. Arch. Med. Wewn. 2004; 111: 309–317.
11. Tel H., Tel H. The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. Heart Lung 2006; 35: 101–107.
12. Lacey E.A., Musgrave R.J., Freeman J.V., Tod A.M., Scott P. Psychological morbidity after myocardial infarction in an area of deprivation in the UK: evaluation of a self-help package. Eur. J. Cardiovasc. Nurs. 2004; 3: 219–224.