

Agnieszka Grochulska, Małgorzata Lesińska-Sawicka

Instytut Nauk o Zdrowiu, Akademia Pomorska w Słupsku, ul. Bohaterów Westerplatte 64, 76-200 Słupsk

Psychologiczne konsekwencje i wsparcie społeczne kobiet

po przebytych zawale mięśnia sercowego

Psychological consequences and social support for women following myocardial infarction

Streszczenie

Problem stanów lękowych dotyka częściej kobiety po przebytych zawale mięśnia sercowego. Sposobem na poprawę jakości życia tej grupy chorych byłoby włączenie w procedurę medyczną leczenia ostrych incydentów wieńcowych programu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej mającego na celu kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, psychoedukacyjnych przystosowujących chorego do nowego życia.

Celem niniejszej pracy była analiza najczęściej towarzyszących uczuć i emocji kobietom po przebytych ostrym incydencie wieńcowym oraz roli wsparcia w ich życiu.

Słowa kluczowe: zawał mięśnia sercowego, kobiety, lęk, apatia, wsparcie

Abstract

The problem of anxiety more often affects women which follows an episode of myocardial infarction. The approach aimed at improving the quality of life in this group of patients would require the inclusion in the comprehensive medical treatment of acute coronary rehabilitation, aimed at comprehensive and coordinated use of medical and psychoeducational measures adapting patient to a new life.

The study analyzes the most frequent feelings and emotions accompanying women after acute coronary event, as well as the significance of support in their lives.

Key words: myocardial infarction, women, anxiety, apathy, support

Wstęp

Co roku więcej kobiet umiera z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, niż w wyniku nowotworów. Kobiety z zawałem mięśnia sercowego mają gorsze rokowania, niż mężczyźni. Przebieg chorób sercowo - naczyniowych w tej grupie jest odmienny, a wiele ostrych epizodów jest bagatelizowanych, źle diagnozowanych, czy wręcz niezauważanych przez same pacjentki.

Choroby serca i naczyń stanowią przyczynę prawie połowy zgonów (w 2009 r. 179 tys.) polskiego społeczeństwa. Najbardziej niepokojącym pozostaje fakt, iż dotyczy 28% osób w wieku aktywności zawodowej (20-64 lata). Niepełnosprawność spowodowana chorobami sercowo – naczyniowymi (ch.s.n.) przyczynia się do powstania ogromnych strat społecznych i ekonomicznych kraju. Są to straty wynikające z kosztów pośrednich będących konsekwencją wcześniejszego korzystania ze

świadczeń rentowych lub emerytalnych oraz długotrwałego przebywania na zwolnieniach lekarskich.

Pomimo poprawy sytuacji epidemiologicznej w dwóch ostatnich dekadach współczynnik umieralności z powodu ch.s.n. w Polsce jest nadal zbyt wysoki. Przy obecnych trendach zachorowalności i tempie starzenia się społeczeństwa szacuje się, że liczba zgonów z powodu ch.s.n. w roku 2020 przekroczy 200 tys., a koszty z nimi związane ulegną podwojeniu (Raport z 2014 r.).

U osób przed 50. rokiem życia zachorowalność i śmiertelność jest większa w grupie mężczyzn. W przeciwieństwie do mężczyzn, u których obserwowany jest w ostatnich latach spadek częstości ch.s.n., u kobiet chorobowość oraz śmiertelność związana z ch.s.n. wciąż rośnie. W Europie w 2004 roku ch.s.n. były przyczyną 55% zgonów u kobiet oraz 43% zgonów u mężczyzn. Częstość występowania ch.s.n. w ostatnich 40 latach w krajach zachodnich spada, chociaż u kobiet w mniejszym stopniu, niż u mężczyzn (Hrynkiewicz, Niebisz, 2008).

Różnice epidemiologiczne chorób układu sercowo-naczyniowego między płcią mogą wynikać z odmiennych mechanizmów powstawania miażdżycy w obu grupach. Znany jest ochronny wpływ estrogenów na rozwój miażdżycy u kobiet w okresie przedmenopauzalnym, który związany jest z ich korzystnym wpływem na ścianę naczyń, funkcję śródbłonna, profil lipidowy, metabolizm węglowodanów oraz na układ krzepnięcia i fibrynolizy (Mikkola, Clarkson, 2002). Oprócz hormonów płciowych, różnice genetyczne obu płci dotyczą między innymi patofizjologii blaszki miażdżycowej, funkcji śródbłonna oraz czynników hemostazy (Weksler, 2002).

Wczesna śmiertelność po przebytych zawale mięśnia sercowego u kobiet, nawet po skorygowaniu wieku, jest większa niż u mężczyzn. Większa śmiertelność u kobiet hospitalizowanych z powodu ostrych zespołów wieńcowych prawdopodobnie może być równoważona ich mniejszą śmiertelnością przedszpitalną. Odsetek nagłych zgonów sercowych u kobiet z chorobą niedokrwienną serca jest istotnie mniejszy niż u mężczyzn. Po uwzględnieniu czynników ryzyka, które występują częściej u kobiet (wartości ciśnienia tętniczego krwi, poziomu cholesterolu i cukrzycy), długoterminowe ryzyko zgonu w grupie osób po przebytych zawale serca było u kobiet nieco niższe, niż u mężczyzn (Hrynkiewicz, Niebisz, 2008).

Choroby kardiologiczne, a zwłaszcza zawał mięśnia sercowego, są źródłem ogromnego stresu. Często pojawiają się niespodziewanie i zmuszają do

przeorganizowania całego życia. Uważa się, że czynniki psychologiczne są niezwykle istotne w powstawaniu ch.s.n. Nie mniejsza jest także rola psychiki w procesie zdrowienia.

Zarówno sam pacjent, jak i jego bliscy powinni więc, oprócz farmakoterapii, diety, zdrowego stylu życia, zadbać i o stan psychiczny. Rozmowa z psychologiem jest ważnym składnikiem kompleksowego procesu terapeutycznego w wielu ośrodkach. W niektórych placówkach pomoc takiego specjalisty jest dostępna także po zakończeniu hospitalizacji. Jednak najczęściej pacjent i jego najbliżsi o ten niezmiernie istotny w rekonwalescencji element muszą zatroszczyć się sami.

Po szoku wynikającym z przeżycia ostrego incydentu wieńcowego pożądanym jest wystąpienie stanu adaptacji do zaistniałej sytuacji. Przechodzi to w trzech fazach. W ramach pierwszej pacjent poszukuje znaczenia tego, co wydarzyło się w jego życiu: szuka przyczyn, przewartościowuje dotychczasowe życie. Okres ten może trwać do kilku tygodni. Faza druga to powolne, stopniowe odzyskiwanie utraconego poczucia kontroli nad swoim ciałem i życiem. Okres ten może trwać do kilku miesięcy. Ostatnia, końcowa faza trwająca do około roku po przebytych zawale mięśnia sercowego – to budowanie przez chorego nowego poczucia własnej wartości, polegająca na zaakceptowaniu swojego nowego życia.

U osób po przebytych zawale mięśnia sercowego obserwuje się występowanie licznych problemów zarówno emocjonalnych, jak i behawioralnych, a w pewnej grupie chorych mogą pojawić się również objawy psychopatologiczne. Czynniki psychospołeczne o udowodnionym wpływie na rokowanie w chorobach somatycznych to między innymi przewlekłe czynniki stresowe (np. brak wsparcia społecznego) oraz czynniki emocjonalne (depresja, zaburzenia lękowe i cechy osobowości). U 40–65% pacjentów po zawale mięśnia sercowego występują istotne klinicznie objawy depresyjne, a u 25% - ciężka depresja. Wysoki poziom lęku u pacjentów po przebytych zawale serca powoduje 2,5–5-krotne zwiększenie ryzyka wystąpienia nawracającego niedokrwienia, ponownego zawału serca, migotania komór i nagłej śmierci sercowej (Szyguła-Jurkiewicz, Szymik, 2011).

Najnowsze badania wskazują, że aż 25% pacjentów, którzy przeszli zawał mięśnia sercowego, cierpi z powodu depresji i stanów lękowych. Problem ten dotyka częściej kobiet. Te zaburzenia mogą towarzyszyć pacjentom, utrudniając im powrót do zdrowia. Depresja jest też przyczyną zgonów wśród chorych w okresie

rekonwalescencji po przebytych ostrym incydencie wieńcowym. Wyniki badań ujawniły, że pacjenci cierpiący na depresję są sześć razy bardziej narażeni na śmierć w ciągu pół roku od przebytego zawału niż ci, którzy nie skarżyli się na żadne zaburzenia psychiczne. Pacjenci, którzy opuszczają szpital, często żyją w strachu przed kolejnym wystąpieniem kolejnego ostrego incydentu wieńcowego. Lęk o swoje zdrowie może skutkować spadkiem nastroju, przygnębieniem, a następnie depresją.

Sposobem na poprawę jakości życia osób po przebytych zawale mięśnia sercowego byłoby włączenie w procedurę medyczną leczenia ostrych incydentów wieńcowych programu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej mającego na celu kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, psychoedukacyjnych przystosowujących chorego do nowego życia.

Material i metoda

Badanie wykonano w okresie od kwietnia 2010 do marca 2015 roku wśród 150 kobiet po przebytych zawale mięśnia sercowego do pół roku od wystąpienia ostrego incydentu wieńcowego uczestniczących w programie rehabilitacji w Ośrodku Rehabilitacji Kardiologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku w dniu przyjęcia. Do badań zostały włączone osoby, które dobrowolnie wyraziły zgodę na uczestnictwo.

W doborze próby wykorzystano metodę celową. Kryterium doboru kobiet do badań było przebycie ostrego incydentu wieńcowego w ostatnich sześciu miesiącach poprzedzających badanie. Badanie właściwe poprzedzone zostało przeprowadzeniem badania pilotażowego, by ocenić prawidłowość doboru pytań. Na tej podstawie zmodyfikowano kilka pytań pod względem jasności i precyzji sformułowań i pozwoliło to na stworzenie ostatecznego narzędzia badawczego. Respondentki zostały poinformowane o anonimowości badań i zasadach wypełniania kwestionariusza. Wyjaśniono i omówiono na bieżąco wszelkie wątpliwości badanych.

Materiał badawczy stanowiły odpowiedzi na pytania zawarte w autorskim kwestionariuszu ankiety, zbudowanej dla potrzeb badania, którym objęto osoby zamieszkujące województwo pomorskie i zachodniopomorskie – zarówno okoliczne wsie, jak i miasta. Przy zbieraniu materiału empirycznego posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując jako technikę ankietę i narzędzie badawcze w postaci wspomnianego już autorskiego kwestionariusza ankiety.

Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety, który składał się z 74 pytań. Do niniejszego opracowania wykorzystanych zostało 15 pytań dotyczących samooceny własnego zdrowia, choroby, najczęściej towarzyszących uczuć i emocji po przebytych ostrym incydencie wieńcowym, a także pytań z zakresu danych socjodemograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, struktura rodziny).

Przed rozpoczęciem badań autorzy zwrócili się z prośbą o zgodę na realizację ich do dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku. Badanie zostało przyjęte z dużą życzliwością przez dyrektora WSS w Słupsku, personel placówki oraz same respondentki. Po uzyskaniu zgody zostały rozdane kwestionariusze ankiety kobietom po przebytych zawale mięśnia sercowego w dniu rozpoczęcia rehabilitacji kardiologicznej w Ośrodku Rehabilitacji Kardiologicznej WSS w Słupsku z pismem przewodnim informującym o celu prowadzenia badania, dobrowolności udziału w badaniu, anonimowości, sposobach jego wypełnienia. Respondentki zostały poinformowane o dobrowolnym udziale w badaniu i o braku obowiązku udzielenia odpowiedzi na pytania, które z jakiegoś powodu są niewygodne lub godzą w dobre ich imię.

W badaniu wykorzystana została metoda sondażu diagnostycznego prezentująca ilościowe aspekty zjawisk społecznych i psychospołecznych, tutaj mierzącą najczęściej towarzyszące uczucia i emocje oraz roli wsparcia kobiet po przebytych ostrym incydencie wieńcowym. Po zebraniu danych każdy kwestionariusz ankiety został sprawdzony pod kątem kompletności niezbędnych do opracowania danych. Wprowadzono, uporządkowano i zakodowano uzyskane dane wykorzystując oprogramowanie Statistica 10 PL. W analizie statystycznej posłużono się testem rozkładu Chi - kwadrat oraz test korelacji r-Pearson, przy rozkładzie normalnym, na założonym poziomie ufności $p=0,05$. Badania uzyskały zgodę Komisji Bioetyki przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku.

Wyniki i dyskusja

W badaniu udział wzięło 150 kobiet zamieszkujących Słupsk oraz miasta należące do województwa pomorskiego, tj. Słupsk, Miastko i zachodniopomorskiego tj. Sławno oraz tereny powiatów. Analiza rozkładu danych liczbowych według płci pozwala na stwierdzenie, że 44% badanej grupy stanowiły respondentki zamieszkujące tereny wiejskie, a 56% miasto. Respondentki biorące udział w badaniu najczęściej znajdowały się w przedziale wiekowym pomiędzy 51 a 60 rokiem życia, legitymowały

się wykształceniem zawodowym, były mężatkami żyjącymi w rodzinach pełnych (Tabela I).

W niniejszym opracowaniu w kontekście wybranych aspektów psychologicznych, wzięto pod uwagę samoocenę zdrowia, samoocenę częstotliwości odczuwania samotności, samoocenę otrzymywanego wsparcia, samoocenę jakości życia z chorobą, samoocenę najczęściej towarzyszących emocji, samoocena poczucia zagrożenia, samoocena najczęściej towarzyszących stanów oraz jakość snu. Zwrócono uwagę na te elementy ponieważ postrzeganie siebie przez pryzmat swoich dolegliwości, odczuć i uczestnictwa w życiu społecznym oraz zestawienie ich ze sobą, w istotny sposób wpisuje się w sferę psychologicznego funkcjonowania z chorobą i szukania bądź też nie sposobów radzenia sobie z dostrzeganymi problemami.

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna badawczej grupy kobiet

Wyszczególnienie	N	%
Miejsce zamieszkania		
• miasto	84	56,0
• wieś	66	44,0
Wiek		
• 20-31 lat	4	2,7
• 31-40 lat	4	2,7
• 41-50 lat	31	20,6
• 51-60 lat	57	38,0
• powyżej 60 lat	54	36,0
Wykształcenie		
• podstawowe	26	17,3
• zawodowe	52	34,7
• średnie	47	31,3
• niepełne wyższe	12	8,0
• wyższe	13	8,7
Stan cywilny		
• panna	15	10,0
• zamężna	89	59,3
• rozwiedziona	12	8,0
• wdowa	34	22,7
Struktura rodziny		
• pełna	92	61,3
• niepełna	52	34,7
• zrekonstruowana	6	4,0

Źródło: opracowanie własne

W oparciu o przeprowadzoną analizę statystyczną, dotyczącą postrzegania własnego zdrowia, badane w największym procencie określają je jako zadawalające - 42,8% (tab.2). Bez względu na samoocenę zdrowia respondentki często i bardzo często

Psychologiczne konsekwencje i wsparcie społeczne kobiet po przebytych zawale mięśnia sercowego

odczuwają samotność (tab. 2). Przeprowadzona analiza ukazuje istnienie słabej zależności statystycznej pomiędzy częstotliwości odczuwania samotności a samooceną własnego zdrowia ($r=0,2603$, $p=0,001$). Spośród kobiet biorących udział w badaniu 39,3% respondentek częściej są odwiedzane przez znajomych, a co trzecia z badanych ma kłopoty z zaśnięciem (tab. 2). Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych brak korelacji pomiędzy otrzymanym wsparciem a jakością snu kobiet po przebytych zawale mięśnia sercowego ($r=0,3295$, $p=0,668$). Co druga respondentka po przebytych zawale mięśnia sercowego odczuwa ciężar życia z chorobą. U co trzeciej respondentki po przebytych zawale mięśnia sercowego najczęściej towarzyszącym uczuciami jest lęk, frustracja, apatia (tab. 2).

Tabela 2. Wyszczególnienie danych uzyskany w toku analizy zebranego materiału badawczego

Samoocena własnego zdrowia	N	%
bardzo dobre	1	0,6
dobre	43	28,6
zadawalające	64	42,8
złe	42	28,0
Samoocena częstotliwości odczuwania samotności		
bardzo często	40	26,7
często	79	52,7
czasami	20	13,3
nigdy	11	7,3
Samoocena otrzymanego wsparcie		
często odwiedza mnie rodzina	49	32,7
najbliżsi czują zagubieni i bezradni	13	8,7
rzadko odwiedza mnie rodzina	15	10,0
częściej odwiedzają mnie znajomi	59	39,3
najbliżsi czynią wiele starań o moje zdrowie	13	8,7
najbliżsi są obojętni wobec mojej choroby	1	0,6
Jakość snu		
sypię dobrze	19	12,7
zasypiam szybko, ale często się budzę	10	6,7
zasypiam szybko, ale śpię około 5 godzin	18	12,0
zasypiam szybko i śpię około 8 godzin	31	20,6
mam kłopoty z zaśnięciem, lecz później śpię dobrze	36	24,0
mam kłopoty z zaśnięciem, często się budzę	36	24,0
Samoocena życia z chorobą		
ciężko jest mi żyć ze świadomością choroby	81	54,0
widzę inne sposoby leczenia	16	10,7
choroba nie spowodowała zmian w moim życiu	18	12,0
religia/ wiara pomaga mi wytrwać w chorobie	25	16,6
choroba nie wpływa na mój nastrój	10	6,7
Samoocena najczęściej towarzyszących uczuć i emocji		
lęk	30	20,0

Psychologiczne konsekwencje i wsparcie społeczne kobiet po przeżytym zawale mięśnia sercowego

radość z życia	37	24,7
apatia	39	26,0
frustracja	30	20,0
mam wyraźne cele i dążenia życiowe	14	9,3
Samoocena poczucia zagrożenia życia		
często myślę o tym, że moje życie jest zagrożone	26	17,3
lękam się występowania ponownych objawów chorobowych	54	36,0
czuję się bezpiecznie gdy są przy mnie bliscy	39	26,0
czuję się bezpiecznie tylko w obecności personelu medycznego	11	7,3
w ogóle nie myślę o chorobie	20	13,3
Samoocena najczęstszej towarzyszących stanów (objawów)		
trudności w zasypianiu	67	44,7
rozdrażnienie	14	9,3
niepokój	28	18,7
przyspieszona praca serca	15	10,0
ból w klatce piersiowej	12	8,0
pobudliwość nerwowa	14	9,3

Zródło: opracowanie własne

Przeprowadzona analiza nie ukazuje istnienia zależności statystycznej pomiędzy samooceną życia z chorobą a najczęściej towarzyszącymi respondentkom uczuciami i emocjami ($r=-0,1183$, $p>0,999$).

Lęk odgrywa znaczącą rolę w rozwoju funkcjonalnych zaburzeń układu krążenia. Chroniczny niepokój stymuluje aktywność adrenergiczną, hipowolemię (zmniejszenie objętości krwi krążącej), przyczyniając się do wystąpienia częstoskurczu. Wśród kobiet biorących udział w badaniu największą grupę 36% stanowiły te, które odczuwają lęk przed występowaniem ponownych objawów chorobowych (Tab. II).

Przeprowadzona analiza ukazuje istnienie korelacji słabej pomiędzy samooceną życia z chorobą a poczuciem zagrożenia życia odczuwanego przez respondentki po przeżytym zawale mięśnia sercowego jest istotna statystycznie ($r=0,2467$ $p=0,002$).

Wśród respondentek deklarujących lęk przed występowaniem ponownych objawów chorobowych najliczniejszą grupę stanowią osoby, którym równocześnie najczęściej towarzyszy ogólny lęk, apatia i frustracja. Uzyskane wyniki wskazują, iż przebycie ostrego incydentu wieńcowego często z towarzyszącym zagrożeniem życia wywiera zdecydowany wpływ na odczuwanie negatywnych emocji, mimo iż w wyniku analizy zebranego materiału badawczego można ustalić brak korelacji pomiędzy najczęściej odczuwanym uczuciom i emocjami przez respondentki a poczuciem zagrożenia życia ($r=-0,0793$, $p=0,333$).

Bez wątpienia przeżycie ostrego incydentu wieńcowego wpływa na jakość snu i występowanie niepokoju u respondentek, co obrazują zaprezentowane wyniki badań

(tab.2). Przeprowadzona analiza ukazuje brak korelacji pomiędzy najczęściej towarzyszącymi stanami (objawami) a jakością snu respondentek po przebytych zawale mięśnia sercowego jest istotna statystycznie ($r=0,1363$, $p=0,095$).

Przeprowadzona analiza ukazuje brak korelacji pomiędzy najczęściej towarzyszącymi stanami a samooceną życia społecznego respondentek po przebytych zawale mięśnia sercowego jest istotna statystycznie ($r=0,0787$, $p = 0,337$).

Prognozy epidemiologiczne przewidują, że nadal wśród osób w wieku podeszłym będą przeważały kobiety, dlatego można oczekiwać wzrostu zachorowalności kobiet z powodu ch.s.n. W ostatnich latach uważa się, że klasyczne czynniki ryzyka odgrywają podobną rolę w rozwoju ch.s.n. u obu płci. Badanie INTERHEART wykazało, że mężczyźni chorują na zawał mięśnia sercowego dziewięć lat wcześniej niż kobiety, gdyż w młodszym wieku osiągają niekorzystny profil czynników ryzyka. Po standaryzacji wyników względem czynników ryzyka, zmniejszone zostały o ponad 80% różnice w zachorowalności na zawał serca w populacji przed 65. rokiem życia. Zniknął też ochronny wpływ estrogenów u kobiet przed menopauzą (Yusuf i in., 2007).

Dane dotyczące późnej śmiertelności w zawale mięśnia sercowego u kobiet oraz mężczyzn są sprzeczne. Niektóre prace wykazują, że wyższa śmiertelność wśród kobiet w pierwszym roku po zawale serca jest głównie wynikiem zwiększonej śmiertelności w grupie kobiet młodszych w pierwszych dniach zawału mięśnia sercowego (Simon i in., 2006).

W wielu prowadzonych badaniach naukowych zauważa się coraz częstsze podkreślanie wpływu na ch.s.n. uwarunkowań pozabiologicznych i psychosomatycznych. W holistycznym spojrzeniu na wzrost zachorowań na ostre incydenty wieńcowe oraz na tendencję do nawrotu choroby coraz większe upatruje się w czynnikach ryzyka charakteryzujących współczesne społeczeństwo takim jak: poczucie lęku, gniewu, frustracji, wrogości, depresji, stresu życiowego, czy izolacji społecznej.

Analiza dostępnej literatury przedmiotu ukazuje różnice w epidemiologii, patogenezie i przebiegu procesu terapeutycznego w zależności od płci, natomiast brak jest publikacji badań dotyczących wpływu poszczególnych czynników psychospołecznych na poprawę rokowania w chorobach sercowo-naczyniowych z rozgraniczeniem na kobiety i mężczyzn.

Zainteresowania licznych badaczy skupiają się najczęściej wokół takich zagadnień jak: depresja, czynniki osobowościowe, wzory zachowań i cechy charakteru, a wśród nich lęk, wrogość, ostry stres oraz ich roli w patogenezie chorób serca, jak również wpływie na rokowanie pacjenta. Niektórzy badacze postulują uznanie tych składowych za czynniki ryzyka zachorowania na ch.s.n. (Frasure-Smith, Lesperance, 2006). Wyniki analiz przeprowadzonych wśród kobiet po przeżytym zawale mięśnia sercowego ukazują znaczącą rolę towarzyszących uczuć i emocji respondentkom w powrocie do zdrowia po przeżyciu ostrego incydentu wieńcowego.

Lęk jest reakcją emocjonalną, która uwidacznia się na wielu etapach choroby. Pierwsze symptomy ujawniają się już podczas przekazywania diagnozy choremu przez lekarza. Wówczas mogą ujawnić się następujące potencjalne reakcje: wszechogarniający stres, zaprzeczenie, ambiwalencja, nierealistyczne oczekiwania, cicha akceptacja, szok. Wszystkie te reakcje są czynnikiem zapalnym, który może wywołać, bądź też potęgować wcześniej występujący w organizmie pacjenta niepokój.

Z badań prowadzonych przez Karolinę Małek i wsp. na uwagę zwraca fakt, że „wyższy poziom lęku zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia nagłego zgonu sercowego, co jako mechanizmy pośredniczące może sugerować arytmie komorowe lub zaburzenie napięcia układu autonomicznego pod postacią zwiększonej stymulacji współczulnej lub upośledzonego wpływu układu przywspółczulnego” (Małek i in., 2007: s. 109).

Kolejnym istotnym dla rozwoju i przebiegu ch.n.s. czynnikiem psychologicznym wydaje się stan ostrego stresu. Doniesienia naukowe zdają się potwierdzać hipotezę, że osoby doświadczające nagłych stanów ostrego stresu są bardziej zagrożone wystąpieniem niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych (Pedersen, 2001).

Według badaczy „odsetek pacjentów, którzy doświadczają objawów zespołu stresu pourazowego PTSD między 3. a 6. miesiącem od przebytego zawału mięśnia sercowego waha się między 10% a 25%. Wydaje się więc wysoce prawdopodobne, że pacjenci ci są bardziej zagrożeni wystąpieniem ponownego ostrego zdarzenia sercowo-naczyniowego” (O'Reilly, 2004: s. 85).

Niezmiernie istotnym zagadnieniem dla rokowania w ch.s.n ma występowanie depresji. Wiele badań wskazuje na to, iż towarzysząca schorzeniom kardiologicznym depresja wiąże się z gorszą prognozą dla pacjenta, przy czym nie jest istotne, czy jest to

nowy epizod depresyjny, depresja trwająca przewlekłe, czy nawrót choroby (Nicholson i in., 2006). Jak wskazują badania „około 15-20% pacjentów po przebyciu zawału serca rozwija pełną, klinicznie diagnozowaną depresję tuż po okresie hospitalizacji” (Glassman i in., 1998: s. 5).

W badaniach przeprowadzonych przez Frasure-Smith i wsp. okazało się, że w okresie 6 miesięcy po przebytych zawałach mięśnia sercowego 17% pacjentów, u których zdiagnozowano depresję, zmarło, w porównaniu z 3% pacjentów po ostrym incydencie wieńcowym, ale bez rozpoznania depresji. Po uwzględnieniu innych, niezależnych czynników ryzyka, prawdopodobieństwo zgonu było wciąż 3,5 razy większe u pacjentów z depresją (Frasure-Smith, 1995).

Nie każde przygnębienie towarzyszące przebytemu zawałowi mięśnia sercowego jest depresją, niemniej jednak personel sprawujący opiekę nad chorym powinni brać pod uwagę taką możliwość. Zaburzenia lękowe występują często (80% badanych) i są wyleczalne. Dlatego powinny stanowić ważny modyfikowalny czynnik ryzyka u pacjentów po zawałach mięśnia sercowego. Diagnozowanie i leczenie zaburzeń lękowych powinno stać się częścią procedury stosowanej w przypadku pacjentów po przebytych ostrym incydencie wieńcowym.

Wydaje się, iż rozwiązaniem takiej sytuacji mogłaby okazać się psychoedukacja prowadzona w ramach II etapu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej zawierająca elementy wsparcia emocjonalnego mającego na celu zmniejszenie napięcia psychicznego (przestrojenie wegetatywnego układu nerwowego z nadmiernej aktywności sympatycznej w kierunku zwiększenia aktywności parasympatycznej poprzez nauczenie relaksu, ukazanie znaczenia wykonywania ćwiczeń fizycznych, odpoczynku i snu).

„Wsparcie społeczne, jest to wszelka dostępna człowiekowi pomoc w sytuacjach trudnych. Jest konsekwencją przynależności człowieka do grupy społecznej, właściwą i dostępną relacją międzyludzką służącą zaadoptowaniu się, a także zdrowiu. Pewien układ społecznych relacji i więzi, pozytywnie oddziałujących w sposób bezpośredni na jednostkę” (Grochulska, Lesińska-Sawicka, 2015: s. 12).

Respondentki w prezentowanych wynikach badania większe wsparcie otrzymały od znajomych, niż od rodziny, a oczekiwania mogły być inne, gdyż 56% badanych odczuwa ciężar życia z chorobą, oraz co trzecia deklaruje lęk przed ponownym wystąpieniem objawów chorobowych. Wsparcie potrzebne jest choremu, by uporać się

z nowymi wyzwaniami, by zadbać o własne zdrowie, ale również by przekonać się o celowości rehabilitacji. Chorzy w pierwszym rzędzie szukają wsparcia wśród najbliższych, rodziny oraz przyjaciół. Kolejno poszukują oparcia wśród znajomych, sąsiadów, członków grup wsparcia i na końcu u osób działających w ramach instytucji opieki i pomocy społecznej.

Prezentowane powyżej wyniki badań wydają się dość wyraźnie sugerować znaczącą rolę wybranych czynników psychologicznych w przebiegu i rokowaniu w chorobach sercowo-naczyniowych. Jeśli bowiem nie zmodyfikujemy czynników ryzyka, to ryzyko ponownego zawału mięśnia sercowego będzie większe niż wcześniej, gdyż samo przebycie ostrego incydentu wieńcowego już jest czynnikiem ryzyka kolejnego zawału mięśnia sercowego.

Ważnym postulatem wydaje się również zacieśnienie współpracy pomiędzy personelem medycznym a specjalistami w zakresie psychologicznej opieki sprawowanej nad pacjentem i bardziej uważne obserwowanie stanu psychicznego chorego przez personel otaczający go opieką. W gestii poszczególnych członków zespołu interdyscyplinarnego jest szybkie zdiagnozowanie zaobserwowanych negatywnych emocji, występujących u pacjenta i niezwłoczne podjęcie działań mających na celu dobranie właściwego postępowania wyrażonego poczuciem empatii wobec pacjenta.

Wnioski

Z uzyskanych wyników przeprowadzonego badania można wyciągnąć następujące wnioski:

- Najsilniejsza zależność występuje w samoocenie zdrowia i odczuwanej samotności przez badane kobiety po przebytych zawale mięśnia sercowego oraz w poczuciu zagrożenia życia wynikającego ze świadomości choroby.
- Pomiędzy otrzymanym wsparciem a jakością snu, życiem ze świadomością choroby a najczęściej towarzyszącymi uczuciami i emocjami zaznacza się brak korelacji.
- Ważnym ogniwem opieki nad pacjentem po ostrym incydencie wieńcowym jest opieka psychologiczna. Efektem działań psychoterapeutycznych w odniesieniu do chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego jest wzmocnienie poczucia wartości i akceptacji oraz motywacji do podjęcia działań ukierunkowanych na zmianę dotychczasowego stylu życia.

Bibliografia

- Frasure-Smith N., Lesperance F. (2006), *Recent evidence linking coronary heart disease and depression*. Can. J. Psychiatry, s. 730-731.
- Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M. i wsp. (1995), *Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction*. Circulation, s. 999-1005.
- Glassman A.H., Shapiro P.A. (1998), *Depression and the course of coronary artery disease*. Am J. Psych., s. 4-11.
- Grochulska A., Lesińska-Stawczyk M. (2015), *Psychologiczne konsekwencje przebytego zawału mięśnia sercowego*, Geriatria, nr 9, s. 3-13.
- Hryniewicz A., Niebisz B. (2008), *Różnice epidemiologiczne chorób układu sercowo-naczyniowego u kobiet i mężczyzn*, Terapia nr 9 (215), s.4-7.
- Małek K., Małek A. (2007), *Czynniki psychologiczne w chorobach sercowo-naczyniowych - zapomniana strona kardiologii*, Terapia nr 4 (215), s. 109-113.
- Mikkola T.S., Clarkson T.B. (2002), *Estrogen replacement therapy, atherosclerosis, and vascular function*, Cardiovasc. Res., s. 605-619.
- Nicholson A., Kuper H., Hemingway H. i wsp. (2006), *Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 583 participants in 54 observational studies*. Eur. Heart J., s. 2763-2774.
- O'Reilly S., Grubb N., O'Carroll R.E. i wsp. (2004), *Long - term emotional consequences of in-hospital cardiac arrest and myocardial infarction*. Brit. J. Psychol., s. 83-96.
- Pedersen S.S. (2001), *Post-Traumatic stress disorder in patients with coronary artery disease; a review and evaluation of risk*. Scandinavian J. Psychol., s. 445-451.
- Raport: Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawału serca w Polsce* (2014), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Śląski Uniwersytet Medyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny.
- Simon T., Mary-Krause M., Cambou J.P. i wsp. (2006), *Impact of age and gender on in-hospital and late mortality after acute myocardial infarction: increased early risk in younger women*. Eur. Heart J., s. 1282-1288.
- Szyguła-Jurkiewicz B., Szymik M. (2011), *Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje ostrego zawału serca. Leki psychotropowe u chorych po ostrym zawału serca*, Choroby Serca i Naczyń, nr 8, s.62–69.
- Weksler B. (2002), *Hemostasis and thrombosis*. (w:) Douglas PS (ed): Cardiovascular Health and Disease in Women. 2nd ed. Philadelphia, WB Saunders, s.157-177.
- Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. i wsp. (2004), *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*. Lancet, s. 937-952.