

## Psychologiczne konsekwencje przebytego zawału mięśnia sercowego

## Psychological consequence of myocardial infraction

Agnieszka Grochulska, Małgorzata Lesińska-Sawicka

Akademia Pomorska w Słupsku, Instytut Nauko Zdrowiu

### Streszczenie

**Wstęp.** Wśród przyczyn zgonów z powodu chorób układu krążenia coraz częściej upatruję się znaczącą rolę czynników psychospołecznych. Działanie ich istotne jest zarówno na poziomie etiologii, leczenia, jak i trwania procesu rehabilitacji kardiologicznej. **Materiał i metody. Wyniki.** Na podstawie analizy licznie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż doświadczenie ostrego incydentu wieńcowego związane jest z odczuwaniem przez chorych charakterystycznych uczuć i emocji. Zawał mięśnia sercowego powoduje wystąpienie niedokrwienia oraz stresu emocjonalnego przyczyniającego się do uszkodzenia tego narządu, jak również wystąpienia groźnych dla życia zaburzeń rytmu. W efekcie obserwowana jest w tej grupie chorych mniejsza motywacja do zmiany stylu życia, a tym samym podejmowania działań prozdrowotnych w ramach prewencji wtórnej (zaprzestania palenia, stosowania ćwiczeń fizycznych, diety), co z pewnością wpływa na pogorszenie rokowania. Analiza zebranego materiału badawczego ukazuje, iż blisko co drugi respondent po przebyłym ostrym incydencie wieńcowym deklaruje bardzo częste i częste poczucie samotności oraz ciężar życia ze świadomością choroby. Niepokojącym pozostaje fakt, iż w badanej grupie tak wiele osób odczuwa negatywne uczucia i emocje objawiające się lękiem, frustracją, czy apatią. U co trzeciego respondenta po przebyłym zawale mięśnia sercowego najczęściej towarzyszącą myślą jest lęk przed wystąpieniem kolejnego incydentu wieńcowego, co może świadczyć o występowaniu u nich tzw. „ból zapamiętanego”, który z pewnością jest czynnikiem niekorzystnie wpływającym na realizację prewencji wtórnej. **Wnioski.** Wydaje się, iż sposobem na poprawę jakości życia osób po przebyłym zawale mięśnia sercowego byłoby włączenie w procedurę medyczną obowiązkowego programu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej mającego na celu przywrócenie chorego do optymalnego stanu zarówno medycznego, fizycznego, psychologicznego, emocjonalnego, seksualnego, socjo-ekonomicznego, jak i zawodowego. *Geriatrics 2015; 9: 3-13.*

*Słowa kluczowe: zawał mięśnia sercowego, lęk, smutek, zniechęcenie, rehabilitacja kardiologiczna*

### Abstract

**Background.** Psychosocial factors remain one of the leading cause of mortality due to circulatory system diseases. They significantly influence etiology, treatment and cardiac rehabilitation. **Material and methods. Results.** Based on extensive clinical research it can be stated that survival an acute coronary events affects patients emotions and well-being. Acute coronary event causes ischemia and emotional stress that contribute to heart muscle damage and may lead to life-threatening arrhythmias. Unfortunately at this stage patients often hamper their chances of rapid and steady path to recovery and lose motivation to modify multiple lifestyle behaviours including secondary prevention (quit smoking, exercise, proper diet) that affects prognosis. The analysis of collected research data shows, that nearly every second respondent after acute coronary event reports the sense of loneliness and depression linked to disease. The study shows that alarming numbers of the respondents feel negative emotions including anxiety, frustration and apathy. Every third respondent after acute coronary event reports a combined sense of anxiety over fear of relapse that might result with ‘remembered pain’, a highly negative factor influencing recovery. **Conclusion.** Complex cardiac rehabilitation is considered essential to improve the quality of life of patients after acute coronary event. Cardiac rehabilitation is a program designed for specific medical needs and helps improve medical, physical,

psychological, emotional, sexual, economic, social and vocational condition. *Geriatrics* 2015; 9: 4-13.

*Keywords: myocardial infraction, anxiety, sadness, discouragement, cardiac rehabilitation*

## Wstęp

Przemiany, jakie dokonują się w obszarze zdrowia społeczeństw wywołane często wzrostem zachorowań na choroby cywilizacyjne wymusiły potrzebę szerszego przeanalizowania obrazu tych schorzeń, a tym samym przyczyn zgonów. Coraz powszechniej zaczęto podkreślać potrzebę szerszego, systemowego spojrzenia na zdrowie człowieka, jak również na rolę edukacji zdrowotnej w utrzymaniu dobrego samopoczucia. Przeprowadzone liczne badania epidemiologiczne pozwoliły zidentyfikować nowe czynniki ryzyka schorzeń kardiologicznych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na znaczenie ludzkiego zachowania, postępowania jako źródła zagrożenia zdrowia, a tym samym życia.

W analizie skutków chorób sercowo- naczyniowych odchodzi się od zasady wyłącznie biomedycznego ocenia- nia zdrowia człowieka. Przyjmuje się holistyczne podej- ście, w którym szczególną uwagę zajmują emocjonalne doznania chorego, jego samopoczucie i możliwości funk- cjonowania w życiu codziennym po przebytych ostrym incydencie wieńcowym. Psycho-neuro-hormonalne czynniki wywierające wpływ na zdrowie przyczyniły się do utworzenia nowej koncepcji zdrowia zależnej od jakości życia. Kierując się tym współczesna kardiologia powinna skupić się na organizacji ciągłości opieki pacjen- tom po przebytych zawale mięśnia sercowego poprzez wdrożenie do procedury medycznej obowiązkowego kompleksowego procesu rehabilitacji kardiologicznej. Natomiast polityka zdrowotna powinna koncentrować się na wszystkich determinantach zdrowia odnoszących się do funkcjonowania człowieka, jego ogólnego dobrostanu w każdej sferze życia: psychicznej, społecznej, fizycznej, a także duchowej [1].

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 przebytych zawale mięśnia sercowego występują istotne klinicznie objawy depre- syjne, a u 25% nawet ciężka depresja [2].

Bez wątpienia stany lękowe są niezmiernie istot- nym skutkiem ubocznym doświadczenia ostrego incy- dentu wieńcowego. W wielu obserwacjach klinicznych i badaniach naukowych potwierdzono, iż skutki reakcji stresowej po przebytych zawale mięśnia sercowego mogą być bardzo gwałtowne i powodować znaczne pogorszenie przebiegu choroby, przedłużyć proces rehabilitacji kardiologicznej, a tym samym powrót do zdrowia [3].

Stwierdzono, iż ponad 65% chorych bezpośrednio po ostrym incydencie wieńcowym wykazuje objawy obniżonego nastroju. W większości przypadków są one przejściowe i ustępują w ciągu kilku dni. U 16-22% pacjentów objawy te są bardziej nasilone, trwają dłużej i spełniają powszechnie przyjęte kryteria umiarkowa- nego oraz ciężkiego epizodu depresji [4,5].

Zadaniem dra hab. Marcina Olajossy, przewodni- czącego Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przyjmuje się, że lęk występuje u 80-90% pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi i u około 40% z dolegliwościami wieńcowymi.

Zaburzenia depresyjne są najczęstszym i najsilniej oddziałującym czynnikiem na jakość życia człowieka, a najpowszechniejszym objawem jest dominujące uczu- cie smutku, przygnębienia i zniechęcenia. Depresja jest chorobą o znacznym rozpowszechnieniu, często nierozpoznaną i obciążoną poważnymi konsekwen-

cjami między innymi obniżeniem motywacji do walki z chorobą.

W niektórych przypadkach depresja pojawiająca się po zawale mięśnia sercowego może być reakcją psychologiczną na wiadomość o chorobie lub zagrożeniu życia. Objawy depresyjne mogą być również reakcją na hospitalizację, bezradność i zależność od personelu medycznego, czy najbliższych. Znalezienie się w sytuacji choroby i warunkach szpitala powoduje smutek, przygnębienie oraz wycofanie [6].

Coraz częstsze występowanie zarówno chorób sercowo-naczyniowych, jak i depresji, a tym samym ich skojarzone działanie zachęciło wielu badaczy do rozpoczęcia poszukiwań przyczyn tego zjawiska. Obserwowany jest dwustronny związek między depresją a chorobą wieńcową, ponieważ z jednej strony depresja niekorzystnie wpływa na rokowanie po przebytych zawale mięśnia sercowego, a z drugiej – u osób leczonych kardiologicznie częściej odnotowuje się zaburzenia afektywne o typie depresji.

Ostry incydent wieńcowym powodujący niedokrwienie i stres emocjonalny przyczynia się do uszkodzenia mięśnia sercowego prowadząc tym samym do wystąpienia groźnych dla życia zaburzeń rytmu. Bardzo często podkreślany jest wówczas fakt mniejszej motywacji chorych do zmiany stylu życia, a tym samym podejmowania działań prozdrowotnych (zaprzestania palenia, stosowania ćwiczeń fizycznych, diety), co z pewnością wpływa na pogorszenie rokowania [7].

Przebyte zawale mięśnia sercowego, obok obciążań somatycznych, wywiera znaczący wpływ na stan psychiczny i funkcjonowanie społeczne przejawiające się w występowaniu lęku przed kolejnym incydentem wieńcowym, a także podwyższonym ryzykiem zgonu [8].

W leczeniu chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego z towarzyszącą depresją zaleca się stosowanie farmakoterapii oraz wprowadzenie terapii poznawczo-behawioralnej realizowanej w ramach programu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

Wydaje się, iż sposobem na poprawę jakości życia osób po przebytych ostrym incydencie wieńcowym byłoby włączenie w procedurę medyczną obowiązkowego odbycia programu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej mającego na celu kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, psychoedukacyjnych przystosowujących chorego do nowego życia. W oparciu o dane z raportu o stanie Kompleksowej Rehabilitacji Kardiologicznej w Polsce wynika, iż zaledwie 11% pacjentów kardiologicznych

korzysta ze stacjonarnych form rehabilitacji, a 0,5% z rehabilitacji ambulatoryjnej. Średnia krajowa wynosi obecnie 8% [9].

Pocieszającym wydaje się fakt, iż z roku na rok świadomość korzyści płynących z uczestnictwa w programach rehabilitacji kardiologicznej powoduje poprawę statystyk liczby chorych objętych tą formą kontynuacji leczenia. Jak podają autorzy raportu "Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce tylko 22% chorych po zawale mięśnia sercowego objętych jest kompleksową rehabilitacją kardiologiczną. To liczba niewystarczająca, rehabilitowana powinna być większość pacjentów. Biorąc pod uwagę fakt, że pobyt chorego w szpitalu trwa zwykle tylko 4-5 dni, podczas hospitalizacji nie ma możliwości przeprowadzenia pełnej interwencji psychologicznej. Jednak już ten kilkudniowy okres należy dobrze wykorzystać do redukcji lęku u chorego, lepszego zrozumienia związku swojego postępowania z chorobą i zmotywowania do pracy nad zmianą stylu życia na prozdrowotny [10].

## Cel pracy

Celem pracy była analiza najczęściej towarzyszących uczuć i emocji osobom po przebytych ostrym incydencie wieńcowym.

## Materiał i metody

Badania wykonano w okresie od kwietnia 2013 do września 2014 roku wśród 150 osób po przebytych zawale mięśnia sercowego do pół roku od wystąpienia ostrego incydentu wieńcowego, uczestniczących w programie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku w dniu przyjęcia. Do badań zostały włączone osoby, które dobrowolnie wyraziły zgodę na uczestnictwo. Przy doborze próby wykorzystano metodę celową, a kryterium doboru osób do badania było doświadczenie ostrego incydentu wieńcowego w ostatnich sześciu miesiącach poprzedzających badanie.

Badanie właściwe poprzedzone zostało przeprowadzeniem badania pilotażowego, w celu oceny prawidłowości doboru pytań. Na tej podstawie zmodyfikowano kilka pytań pod względem jasności i precyzji sformułowań, co pozwoliło na stworzenie ostatecznego narzędzia badawczego. Respondenci zostali poinformowani o anonimowości badań i zasadach wypełniania kwestionariusza. Wyjaśniano i omawiano 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 zachodnio-pomorskie – 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, który składał się z 74 pytań. Do niniejszego opracowania wykorzystanych zostało 15 pytań dotyczących między innymi: 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).

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, personelu placówki oraz samych respondentów. Po uzyskaniu zgody zostały rozdane kwestionariusze ankiety osobom po przebytych zawale mięśnia sercowego w dniu rozpoczęcia programu kompleksowej 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.

Respondenci zostali poinformowani o braku obowiązku udzielenia odpowiedzi na pytania, które z jakiegos powodu są niewygodne lub godzą w dobre ich imię.

W badaniu wykorzystana została metoda sondażu diagnostycznego prezentująca ilościowe aspekty zjawisk społecznych i psychospołecznych, mierzącą tutaj najczęściej towarzyszące uczucia i emocje osobom 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 testem korelacji r-Pearson, przy rozkładzie normalnym, na założonym poziomie ufności  $p=0,05$ , oraz współczynnikiem kontyngencji (C).

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetyki przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku.

### **Charakterystyka grupy badawczej**

Badana grupa po 50% stanowiła osoby zamieszkujące miasta należące do województwa pomorskiego, tj. Słupsk, Miastko, i zachodnio-pomorskiego, tj. Sławno oraz tereny powiatów. Analiza rozkładu danych liczbowych według płci pozwala na stwierdzenie, iż wśród badanych kobiety stanowiły 44,6% badanej grupy, a mężczyźni 55,4%.

Charakteryzując wyniki badań, należy stwierdzić, że najliczniejszą populację według przyjętych kategorii stanowiły osoby w przedziale wiekowym powyżej 60 lat – 40,7%. Drugą kategorię pod względem liczebności stanowili respondenci w przedziale wiekowym pomiędzy 51 a 60 rokiem życia – 31,3%.

Charakteryzując pod względem poziomu wykształcenia badaną grupę osób po przebytych zawale mięśnia sercowego, których objęto badaniami, można wyróżnić następujące wnioski: w obu podgrupach badawczych, wyodrębnionych pod względem miejsca zamieszkania, najliczniejsze wskaźniki uzyskano wśród osób legitymujących się średnim (miasto – 44% i wieś – 29,4%) i niepełnym wyższym wykształceniem u osób zamieszkujących miasto (30%), natomiast z wykształceniem podstawowym (18,7%) oraz zawodowym u osób zamieszkujących wieś (17,3%).

### **Wyniki**

W niniejszym opracowaniu w kontekście wybranych aspektów psychologicznych, wzięto pod uwagę samoocenę: zdrowia, życia z chorobą, poczucia zagrożenia życia, częstotliwości odczuwania samotności, najczęściej towarzyszących emocji, stanów oraz jakości 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 I. Samoocena własnego zdrowia osób po przebytych zawale mięśnia sercowego

Table I. Self-rated health in patients after myocardial infarction.

Samoocena własnego zdrowia	N	%
Bardzo dobre	3	2
Dobre	37	24,7
Zadowolające	67	44,6
Złe	43	28,7

Źródło: opracowanie własne

W oparciu o przeprowadzoną analizę statystyczną, dotyczącą postrzegania własnego zdrowia, badani w największym procencie określają je jako zadowolające – 44,6%, co przy deklaracji najczęściej towarzyszących uczuć i emocji po przebytych zawale mięśnia sercowego nie pozostawia złudzeń jaki element determinował taką samoocenę.

Tabela II. Samoocena częstotliwości odczuwania samotności przez badanych po przebytych zawale mięśnia sercowego

Table II. Self-rated level of loneliness in patients after myocardial infarction

Częstotliwości odczuwania samotności	N	%
Bardzo często	20	13,3
Często	40	26,7
Czasami	77	51,3
Nigdy	13	8,7

Źródło: opracowanie własne

Tabela III. Samoocena własnego zdrowia a częstotliwością odczuwania samotności przez respondentów po przebytych zawale mięśnia sercowego

Table III. Self-rated health and level of loneliness in patients after myocardial infarction

Samoocena własnego zdrowia	Częstotliwość odczuwania samotności							
	Bardzo często		Często		Czasami		Nigdy	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bardzo dobre	3	2,0	1	0,7	0	0	0	0
Dobre	10	6,7	22	14,7	2	1,3	2	1,3
Zadowolające	13	8,7	40	26,7	11	7,3	3	2,0
Złe	16	10,7	13	8,7	7	4,6	7	4,6

Źródło: opracowanie własne

Analiza zebranego materiału badawczego i zaprezentowana w tabeli II ukazuje, iż blisko co drugi respondent po przebytych ostrym incydencie wieńcowym deklaruje częste i bardzo częste odczuwanie samotności.

Przeprowadzona analiza ukazuje istnienie korelacji pomiędzy samooceną własnego zdrowia a poczuciem samotności odczuwanego przez respondentów po przebytych zawale mięśnia sercowego jest istotna statystycznie ( $r = 0,2467$ ;  $p = 0,002$ ). Badani określający własne zdrowie jako złe i zadowolające bardzo często i często doświadczają samotności.

Tabela IV. Samoocena życia z chorobą badanych po przebytych zawale mięśnia sercowego

Table IV. Self-rated quality of life in patients after myocardial infarction.

Samoocena życia z chorobą	N	%
Ciężko jest mi żyć ze świadomością choroby	86	57,3
Widzę inne sposoby leczenia	16	10,7
Choroba nie spowodowała zmian w moim życiu	15	10,0
Wiara pomaga mi wytrwać w chorobie	24	16,0
Choroba nie wpływa na mój nastrój psychiczny	9	6,0

Źródło: opracowanie własne

Co drugi z respondentów po przebytych zawale mięśnia sercowego odczuwa ciężar życia z chorobą. 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 (przeestrojenie wegetatywnego układu nerwowego z nadmiernej aktywności sympatycznej w kierunku zwiększenia aktywności parasympatycznej poprzez wykształcenie umiejętności relaksu, odpoczynku, dobrego snu oraz ukazanie znaczenia wykonywania ćwiczeń fizycznych).

Tabela V. Samoocena najczęściej towarzyszących uczuć i emocji osobom po przebytych zawałach mięśnia sercowego

Table V. Self-rated emotions and feelings in patients after myocardial infarction

Towarzyszące uczucia i emocje	N	%
Lęk	36	24,0
Radość z życia	31	21,0
Smutek	39	26,0
Zniechęcenie	29	19,0
Posiadanie wyraźnych celów i dążeń życiowych	15	10,0

Źródło: opracowanie własne

Wysoki poziom lęku u pacjentów po przebytych zawałach serca powoduje 2,5-5-krotne zwiększenie ryzyka wystąpienia nawracającego niedokrwienia, ponownego zawału serca, migotania komór i nagłej śmierci sercowej[11].

Moser i wsp. stwierdzili, że wysoki poziom lęku u pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału mię-

śnia sercowego jest niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia powikłań niedokrwienych i zaburzeń rytmu. Ustalono, że jednym z czynników wywołujących ból w klatce piersiowej, komorowe zaburzenia rytmu, zawał serca i nagły zgon sercowy jest występująca podczas stanów lękowych hiperwentylacja, która może być przyczyną skurczu naczyń wieńcowych [12].

Niepokojącym pozostaje fakt, iż wśród badanej grupy tak wielu respondentów deklaruje odczuwanie negatywnych uczuć i emocji w postaci lęku, zniechęcenia, czy smutku, bez wątpienia winien to być sygnał skłaniający do kierowania tej grupy chorych do odbycia kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej ukierunkowanej między innymi na uwolnienie chorego od negatywnych stanów emocjonalnych i wzmocnienie jego poczucia bezpieczeństwa, a także udzielenie pomocy w rozumieniu siebie, a także choroby.

Uzyskane wyniki wskazują, iż przebycie ostrego incydentu wieńcowego często z towarzyszącym zagrożeniem życia determinuje odczuwanie negatywnych emocji. W wyniku analizy zebranego materiału badawczego można ustalić korelację pomiędzy najczęściej odczuwanymi uczuciami i emocjami przez respondentów a samooceną życia z chorobą ( $r = 0,3793$ ,  $p = 0,333$ ).

Dzięki wynikom przedstawionym w tabeli VI możemy zaobserwować, iż wśród respondentów deklarujących odczuwanie ciężaru życia ze świadomością choroby najliczniejszą grupę stanowią osoby, którym równocześnie najczęściej towarzyszy lęk, smutek

Tabela VI. Samoocena życia z chorobą respondentów po przebytych zawałach mięśnia sercowego a najczęściej towarzyszące im uczucia i emocje

Table VI. Self-rated quality of life in respondents after myocardial infarction and patterns of emotional reactions

Samoocena życia z chorobą	Towarzyszące uczucia i emocje									
	Lęk		Radość z życia		Smutek		Zniechęcenie		Wyraźne cele i dążenia życiowe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ciężko jest mi żyć ze świadomością choroby	21	14,0	12	8,0	24	16,0	18	12,0	9	6,0
Widzę inne sposoby leczenia	4	2,7	6	4,0	3	2,0	2	1,3	2	1,3
Choroba nie spowodowała zmian w moim życiu	6	4,0	2	1,3	5	3,3	2	1,3	1	0,7
Wiara pomaga mi wytrwać w chorobie	5	3,3	7	4,6	5	3,3	5	3,3	2	1,3
Choroba nie wpływa na mój nastrój psychiczny	1	0,7	4	2,7	1	0,7	2	1,3	1	0,7

Źródło: opracowanie własne

i zniechęcenie. Uzyskane wyniki wskazują, iż przebycie ostrego incydentu wieńcowego często z towarzyszącym zagrożeniem życia wywiera zdecydowany wpływ na odczuwanie negatywnych emocji.

Tabela VII. Samoocena poczucia zagrożenia życia odczuwana przez badanych po przebytych zawale mięśnia sercowego

Table VII. Self-rated sense of life threat in patients after myocardial infarction.

Samoocena poczucia zagrożenia życia	N	%
Często myślę, że moje życie jest zagrożone	30	20,0
Lękam się występowania ponownych objawów chorobowych	52	34,7
Czuję się bezpiecznie, gdy są przy mnie bliscy	31	20,7
Czuję się bezpiecznie tylko w obecności personelu medycznego	17	11,3
W ogóle nie myślę o chorobie	20	13,3

Źródło: opracowanie własne

U co trzeciego respondenta po przebytych zawale mięśnia sercowego najczęściej towarzyszącymi myślami jest lęk przed wystąpieniem kolejnego incydentu wieńcowego, co może świadczyć o występowaniu u nich tzw. „ból zapamiętanego”, który z pewnością jest czynnikiem niekorzystnie wpływającym na wybory zachowań prozdrowotnych podejmowane w ramach realizacji prewencji wtórnej.

Tabela VIII. Samoocena jakości snu badanych po przebytych zawale mięśnia sercowego

Table VIII. Self-rated quality of sleep in patients after myocardial infarction.

Samoocena jakości snu	N	%
Sypiam dobrze	24	16,0
Zasypiam szybko, ale często się budzę	15	10,0
Zasypiam szybko, ale śpię krótko	10	6,7
Zasypiam szybko i śpię około 12 godzin	26	17,3
Mam kłopoty z zaśnięciem, lecz później śpię dobrze	30	20,0
Mam kłopoty z zaśnięciem i często się budzę	45	30,0

Źródło: opracowanie własne

Bez wątplenia poczucie lęku, zagrożenia życia i obawa przed wystąpieniem kolejnego incydentu wieńcowego wpływa na jakość snu respondentów, co obrazują zaprezentowane wyniki badań w tabeli VIII. Prawidłowo regeneruje swój organizm snem zaledwie 16% respondentów.

W oparciu o przeprowadzoną analizę statystyczną, dotyczącą najczęściej towarzyszących uczuć i emocji w zależności od miejsca zamieszkania, badani mieszkańcy wsi – w większym procencie (28,7%), niż badani z miasta – deklarują odczuwanie lęku – 16,0%, jak również radość z życia częściej towarzyszy respondentom zamieszkujących miasto – 16%.

Tabela IX. Samoocena najczęściej towarzyszących uczuć i emocji respondentom w zależności od miejsca zamieszkania

Table IX. Self-rated emotions and feelings in patients after myocardial infarction depending on the residential status and place of residence

Miejsce zamieszkania	Towarzyszące uczucia i emocje									
	Lęk		Radość z życia		Smutek		Zniechęcenie		Wyraźne cele i dążenia życiowe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Wieś	43	28,7	8	5,3	7	4,7	12	8,0	5	3,3
Miasto	24	16,0	24	16,0	14	9,3	11	7,3	2	1,3

$\chi^2_{obl} = 31,563$  Istnieje związek, gdyż  $\chi^2_{obl} > \chi^2_{0,05}$ ; df

$\chi^2_{0,05}$ ; df = 9,4877

r = 0,3859 korelacja przeciętna

Źródło: opracowanie własne

W wielu prowadzonych badaniach naukowych zauważa się coraz częstsze podkreślanie wpływu uwarunkowań pozabiologicznych i psychosomatycznych na rozwój choroby niedokrwiennej serca. W holistycznym spojrzeniu na wzrost występowania ostrych incydentów wieńcowych oraz na tendencję do nawrotu choroby coraz większe znaczenie przypisuje się czynnikom ryzyka charakteryzujących współczesne społeczeństwo takim jak: poczuciu lęku, apatii, depresji, gniewu, frustracji, smutku wrogości, poziomowi stresu życiowego, czy izolacji społecznej.

W wyniku analizy zebranego materiału badawczego można ustalić istotność statystyczną pomiędzy najczęściej odczuwanymi uczuciami i emocjami przez respondentów a płcią badanych. Mężczyźni częściej odczuwają lęk oraz smutek, natomiast kobiety częściej deklarują zniechęcenie.

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.

Lęk, stres wpływa też na rozwój nadciśnienia tętniczego krwi. Ponadto, jak powszechnie wiadomo, stres nie sprzyja unikaniu innych czynników chorób sercowo-naczyniowych, takich jak: palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, czy nieprawidłowe odżywianie.

Po przeprowadzeniu analizy statystycznej zebranego materiału, obserwujemy istotność statystyczną pomiędzy samooceną najczęściej towarzyszących uczuć i emocji predysponujących do wystąpienia zaburzeń psychicznych w postaci choćby depresji a wiekiem respondentów. W kontekście wyników zaprezentowanych w tabeli nr 11

Tabela X. Samoocena najczęściej towarzyszących uczuć i emocji a płeć respondentów

Table X. Self-rated emotions and feelings in patients after myocardial infarction depending on sex

Płeć	Towarzyszące uczucia i emocje									
	Lęk		Radość z życia		Smutek		Zniechęcenie		Wyraźne cele i dążenia życiowe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobieta	28	18,7	11	7,3	9	6,0	14	9,3	5	3,3
Mężczyzna	39	26,0	20	13,3	13	8,7	9	6,0	2	1,3

$\chi^2_{obl} = 9,654$ . Istnieje związek, gdyż  $\chi^2_{obl} > \chi^2_{0,05}$ ; df  $\chi^2_{0,05}$ ; df = 9,4877

r = 0,2209 korelacja słaba

Źródło: opracowanie własne

Tabela XI. Samoocena najczęściej towarzyszących uczuć i emocji a wiek respondentów

Table XI. Self-rated emotions and feelings in patients after myocardial infarction depending on age

Wiek	Towarzyszące uczucia i emocje									
	Lęk		Radość z życia		Smutek		Zniechęcenie		Wyraźne cele i dążenia życiowe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20-30 lat	1	0,6	3	2,0	1	0,6	4	2,6	1	0,6
31-40 lat	3	2,0	3	2,0	1	0,6	2	1,3	0	0,0
41-50 lat	14	9,3	3	2,0	5	3,3	1	0,6	0	0,0
51-60 lat	24	16,0	8	5,3	8	5,3	6	4,0	1	0,6
Powyżej 60 lat	26	17,3	15	10,0	6	4,0	10	6,7	4	2,6

$\chi^2_{obl} = 36,619$  Istnieje związek, gdyż  $\chi^2_{obl} > \chi^2_{0,05}$ ; df  $\chi^2_{0,05}$ ; df = 26,2962

rpop = 0,3693 korelacja przeciętna

Źródło: opracowanie własne



Tabela XII. Samoocena częstotliwości odczuwania samotności przez respondentów a poczucie zagrożenia życia  
Table XII. Self-rated level of loneliness and sense of life threat in patients after myocardial infarction

Poczucie zagrożenia życia	Częstotliwość odczuwania samotności							
	Bardzo często		Często		Czasami		Nigdy	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Często myślę, że moje życie jest zagrożone	8	5.3	17	11.3	2	1.3	3	2.0
Lękam się występowania ponownych objawów chorobowych	6	4.0	33	22.0	10	6.7	2	1.3
Czuję się bezpiecznie, gdy są przy mnie bliscy	10	6.7	14	9.3	3	2.0	5	3.3
Czuję się bezpiecznie tylko w obecności personelu medycznego	6	4.0	8	5.3	3	2.0	0	0.0
W ogóle nie myślę o chorobie	10	6.7	9	6.0	1	0.7	0	0.0
$\chi^2_{obl} = 24,503$ . Istnieje związek, gdyż $\chi^2_{obl} > \chi^2_{0,05}$ ; df $\chi^2_{0,05}$ ; df = 21,0261 $r = 0,4257$ korelacja przeciętna								

Źródło: opracowanie własne

widać, że wraz z wiekiem respondentów poczynając od 40 roku życia coraz częściej towarzyszą im negatywne uczucia i emocje w postaci lęku i smutku. Przypuszczalnie należy, iż przebyte ostrego incydentu wieńcowego wpłynęło na towarzyszące im zaniepokojenie o dalszy los ich zdrowia, a tym samym o życie rodzinne.

Przeprowadzona analiza statystyczna uwidoczniła istotność statystyczną pomiędzy poczuciem samotności a samooceną dotyczącą poczucia zagrożenia życia. 22% badanych osób lęka się ponownego wystąpienia objawów chorobowych i są to osoby często odczuwające samotność. 11,3% – to odsetek tych, którym często towarzyszy myśl o zagrożeniu własnego życia. Należy tu zauważyć, iż wśród respondentów nie odczuwających samotności największą grupę stanowią osoby doświadczające wsparcia najbliższych.

## Wnioski

Z uzyskanych wyników przeprowadzonego badania można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Intensywny rozwój kardiologii inwazyjnej rozwiązuje problemu bólu w klatce piersiowej, ale pozostaje jeszcze lęk przed nawrotem dolegliwości tzw. „ból zapamiętany” i dlatego tylko wyspecjalizowany, interdyscyplinarny zespół terapeutyczny realizujący szeroko zakrojoną, specjalistyczną opiekę, wraz z edukacją zdrowotną jest w stanie poprawić jakość życia tej grupy chorych.

2. Obserwuje się zależność pomiędzy samooceną zdrowia i odczuwaną samotnością przez badane osoby po przebytych zawale mięśnia sercowego oraz w poczuciu zagrożenia życia wynikającym ze świadomości choroby, jak również najczęściej towarzyszących im uczuciom i emocjom w postaci lęku, smutku, zniechęceniu.
3. Analiza statystyczna wykazała zależność pomiędzy najczęściej towarzyszącymi osobom po ostrym incydencie wieńcowym uczuciom i emocjom w postaci lęku czy radości z życia a miejscem zamieszkania i wiekiem.
4. Nie każde przygnębienie towarzyszące przebytemu zawałowi mięśnia sercowego jest depresją, niemniej jednak personel sprawujący opiekę nad chorym powinni brać pod uwagę taką ewentualność. Wczesne wychwycenie pacjentów z grupy ryzyka pozwala na objęcie ich kompleksową opieką kardiologiczną.
5. Zarówno ostry okres choroby, jak i krótka hospitalizacja chorego w oddziale kardiologicznym często nie sprzyjają nawiązaniu ścisłej więzi terapeutycznej. Niemniej jednak powinno się dążyć do zmniejszenia napięcia psychicznego chorego poprzez stosowanie rozmowy wyjaśniającej, wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa chorego oraz udzielanie przez zespół interdyscyplinarny wsparcia psychicznego pacjentowi i jego najbliższymi.

## Dyskusja

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

Zainteresowania licznych badaczy skupiają się najczęściej wokół takich zagadnień jak: depresja, czynniki osobowościowe, wzory zachorowań 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. [13].

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 Małek K. 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 zaburzenia napięcia układu autonomicznego pod postacią zwiększonej stymulacji współczulnej lub upośledzonego wpływu układu przywspółczulnego” [14].

Kolejnym istotnym dla rozwoju i przebiegu ch.n.s. czynnikiem psychologicznym wydaje się być stan ostrego stresu pojawiającego się w sytuacji zagrożenia życia. Doniesienia naukowe zdają się potwierdzać hipotezę, że „osoby doświadczające nagłych stanów ostrego stresu są bardziej zagrożone wystąpieniem niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych” [15].

Według badaczy „odsetek pacjentów, którzy doświadczają objawów stanu ostrego stresu 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” [16].

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 [17].

Jak wskazują badania „około 15-20% pacjentów po przebyciu zawału serca rozwija pełną, klinicznie diagnozowaną depresję tuż po okresie hospitalizacji” [18].

W badaniach przeprowadzonych przez Frasure-Smith i wsp. okazało się, „że w okresie 6 miesięcy po przebyciu zawału 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” [19].

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

Wsparcie społeczne, jest to wszelka dostępna człowiekowi pomoc w sytuacjach trudnych. Jest konsekwencją przynależności człowieka do grupy społecznej, właściwą i dostępną relacją międzyludzką służącą zaadaptowaniu się, a także zdrowiu. „Pewien układ społecznych relacji i więzi, pozytywnie oddziałujących w sposób bezpośredni na jednostkę” [20].

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 zagrożenie poja-

wienia się ponownego zawału mięśnia sercowego będzie większe niż wcześniej, gdyż samo przebycie ostrego incydentu wieńcowego predysponuje do wystąpienia kolejnego nagłego zdarzenia kardiologicznego.

Ważnym postulatem wydaje się być również zacieśnienie współpracy pomiędzy personelem medycznym a specjalistami w zakresie psychologicznej opieki sprawowanej nad pacjentem, jak również 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, a tym samym niezwłoczne podjęcie działań mających na celu dobranie

właściwego postępowania wyrażonego poczuciem empatii wobec pacjenta.

#### Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

✉ Agnieszka Grochulska  
Akademia Pomorska w Słupsku  
Instytut Nauko Zdrowiu  
ul. Bohaterów Westerplatte 64; 76-200 Słupsk  
☎ (+48 59) 84 05 910  
✉ grochulska7@wp.pl

#### Piśmiennictwo

- Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 2007. s. 55-74.
- Szygula-Jurkiewicz B, Szymik M. Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje ostrego zawału serca. Leki psychotropowe u chorych po ostrym zawale serca, Choroby Serca i Naczyń. 2011;8(2):62-9.
- Engel BT. Cardiovascular reactivity as behavior. Am J Cardiol. 1987;60:31-81.
- Freedland K.E, Carney R.M, Lustman P i wsp. Major depression in coronary artery disease in patients with vs without a prior history of depression. Psychosom Med. 1992;54:416-21.
- Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA i wsp. The nature and course of depression following myocardial infarction. Arch Intern Med. 1989;149:1785-9.
- Appels A. Depression and coronary heart disease: observations and questions. J Psychosom Res. 1997;4:443-52.
- Frassure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation. 1995;91:999-1005.
- Julian D. Quality of life after myocardial infarction. Am Heart J. 1987;114:241.
- Piotrowicz R. Aktualny stan oraz plan na przyszłość. Prakt Fizjoter Rehabil. 2010;5:408.
- RAPORT Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce. Ocena na podstawie Narodowej Bazy Danych Zawałów Serca AMI-PL 2009-2012. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny Śląski Uniwersytet Medyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Zabrze, Gdańsk, 2014. s. 16.
- Szygula-Jurkiewicz B, Szymik M. Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje ostrego zawału serca. Leki psychotropowe u chorych po ostrym zawale serca, Choroby Serca i Naczyń. 2011;8(2):65.
- Moser DK, Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? Psychosom Med. 1996;58:395-401.
- Simon T, Mary-Krause M, Cambou JP i wsp. Impact of age and gender on in-hospital and late mortality after acute myocardial infarction: increased early risk in younger women. Eur Heart J. 2006;27:1282-8.
- Małek K, Małek A. Czynniki psychologiczne w chorobach sercowo-naczyniowych – zapomniana strona kardiologii. Terapia 2007;215:109-13.
- Pedersen SS. Post-Traumatic stress disorder in patients with coronary artery disease; a review and evaluation of risk. Scand J Psychol. 2001;42(5):445-51.
- O'Reilly S, Grubb N, O'Carroll RE i wsp. Long-term emotional consequences of in-hospital cardiac arrest and myocardial infarction. Brit J Psychol. 2004;43(Pt 1):83-95.
- Nicholson A, Kuper H, Hemingway H i wsp. 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. 2006;27(23):2763-74.
- Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. Am J Psych. 1998;155(1):4-11.
- Frassure-Smith N, Lesperance F. Recent evidence linking coronary heart disease and depression. Can J Psychiatry. 2006;51(12):730-1.
- Grzelak J. Zdrowie publiczne tom II. Zdrowe Społeczeństwo. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005. s. 32-69.