

# Udział rodziny chorego w rehabilitacji osób po zawale serca

Patient's family contribution in rehabilitation after myocardial infarction

**Basic assumptions of the cardiological rehabilitation are: its complexity, the full cooperation and supplementation of every stage of treatment, in hospital and after discharge. Because of dissimilarity of aims and stages the cardiological rehabilitation is divided on: physical rehabilitation, mental rehabilitation and secondary prevention. Patient during the process of rehabilitation should not be considered as isolated individual by the medical staff, but as a person acting in different communities of which family is the most important. Patient can be efficiently influenced only by rehabilitation involving him with his family, but not exclusively himself.**

**Key words:** *myocardial infarction, rehabilitation, family*

Raport o stanie zdrowia rodziny w Polsce jest w dużym stopniu niezadowolający. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe przekazywane kolejnym pokoleniom, otyłość, nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu osiągają rozmiary epidemii. Konsekwencją tego jest bardzo częste występowanie chorób układu krążenia [1]. Wysoka zapadalność na chorobę wieńcową i zawał serca, a także przesunięcie granic wieku spowodowały „nadumieralność”, zwłaszcza młodych mężczyzn, oraz duże straty ekonomiczne i społeczne wynikające z ich nieprawidłowego funkcjonowania w życiu rodzinnym i zawodowym [2]. Trzeba jednak podkreślić, że osiągnięcia medycyny w ostatnim czasie dają możliwości bardzo skutecznego przeciwdziałania

zarówno bezpośrednim, jak i odległym następstwom chorób układu sercowo-naczyniowego [3]. Szczególną rolę w tym zakresie odgrywa szeroko rozumiana rehabilitacja kardiologiczna. Jej celem jest przede wszystkim utrwalenie wyników leczenia zachowawczego, interwencyjnego lub operacyjnego przez zahamowanie postępów choroby, przywrócenie sprawności psychofizycznej i ułatwienie powrotu do aktywnego życia. Podstawowym założeniem rehabilitacji kardiologicznej jest jej kompleksowość, pełne współdziałanie oraz uzupełnienie leczenia na każdym etapie — zarówno w szpitalu, jak i po jego opuszczeniu [4].

Ze względu na odmiennosć celów i etapów rehabilitację kardiologiczną dzieli się na:

- rehabilitację fizyczną przez aktywizację narządu ruchu, w celu uzyskania optymalnej sprawności fizycznej, optymalnego krążenia wieńcowego i ogólnego;
- rehabilitację psychiczną oraz oddziaływanie na samopoczucie chorego, opanowanie lęków, ochrona przed depresją, wzbudzenie motywacji do pracy;
- profilaktykę wtórną, czyli zwalczanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej, modyfikację stylu życia, edukację pacjentów i ich rodzin [5–8].

Nowa sytuacja, w jakiej znajduje się chory po zawale serca, zmusza go do gwałtownej zmiany jego dotychczasowego stylu życia, wywołując lęk. Niepokój o przyszłość, przerwanie ustalonego trybu życia stają się także udziałem partnera życiowego chorego. Pacjent jest obiektem głównego zainteresowania służb medycznych, słyszy słowa otuchy, otrzymuje od nich wsparcie, natomiast ro-

dzina, niestety, bardzo często pozostaje sama z problemem choroby bliskiej osoby. Musi wówczas sama zmagać się ze swoimi obawami. Dostosowanie się do nowej sytuacji okazuje się więc sprawą rodzinną [9].

Rodzina jako sieć społeczna (definiowana przez Berkmana jako „sieć związków otaczających jednostkę”) jest jednym z najważniejszych czynników determinujących zdrowie jednostek [10]. Rodzina jest bowiem podstawowym źródłem przekonań zdrowotnych, zachowań związanych ze zdrowiem, a także źródłem stresu i emocjonalnego podtrzymania. Jest zatem jednym z edukatorów, i to takim, którego systematyczny wpływ trwa najdłużej w życiu człowieka. Od niej zależy kształtowanie i podtrzymanie zachowań sprzyjających lub niesprzyjających zdrowiu [11].

Świadomość tych faktów powinna towarzyszyć osobom prowadzącym rehabilitację, ponieważ skuteczność ich działań w dużej mierze zależy od zaangażowania rodziny chorego [9]. Dlatego właśnie optymalny model rehabilitacji obejmuje całą rodzinę.

Chory szybciej powraca do zdrowia i sprawności, gdy ma poczucie własnej wartości, czuje się potrzebny. Wiara we własne siły sprzyja osiągnięciu sukcesu i wyzwala dodatkową energię. Jednak samo poczucie skuteczności wydaje się niewystarczające, jeżeli pacjent nie posiada dostatecznej wiedzy oraz odpowiednich umiejętności [12]. W tym obszarze niezwykle potrzebna jest pomoc zewnętrzna. Dobrze, jeśli jest to pomoc przygotowanych przez profesjonalistów członków rodziny, którzy, odrzucając postawę nadopiekuńczości, stają się rzeczywistym wsparciem dla chorego. Osoby przygotowujące rodziny do nowej roli muszą wziąć pod uwagę niezwykle potencjał edukacyjny, jaki posiadają bliscy pacjenta. Relacja między poszczególnymi członkami rodziny a rekonwalescentem określa ich wpływ na funkcjonowanie chorego po zawale serca w różnych sferach życia [13].

Udział rodziny chorego tak naprawdę zaczyna się już od momentu wystąpienia zawału. Bliscy zwykle towarzyszą pacjentowi w szpitalu, przeżywając z nim jego nagłą chorobę. Od tego momentu powinni być przygotowani na właściwą współpracę w poszczególnych etapach zdrowienia i odzyskania sprawności [14].

## REHABILITACJA FIZYCZNA

Zasadnicze miejsce w programach rehabilitacji chorych po zawale serca zajmuje aktywność fizyczna [15]. Ćwiczenia fizyczne stosowane w ramach rehabilitacji pozawałowej zmniejszają nasilenie objawów choroby i śmiertelność, zwiększają wydolność czynnościową, a łącznie z innymi oddziaływaniami wpływają na poprawę stanu psychologicznego i funkcjonowania społecznego pacjenta. Nie tylko programowy trening fizyczny, ale

przede wszystkim codzienna aktywność fizyczna o średniej, a nawet małej intensywności pozwalają na osiągnięcie pozytywnych, długofalowych efektów rehabilitacji pozawałowej, umożliwiając uzyskanie większej wydolności wysiłkowej [9].

Punktem wyjścia do zalecenia samodzielnej aktywności fizycznej jest dokonanie oceny:

- wcześniejszego i aktualnego poziomu aktywności;
- potrzeb i celów pacjenta w zakresie aktywności domowej (funkcjonowania w rodzinie), zawodowej i rekreacyjnej;
- motywacji i gotowości do zmiany stylu życia na bardziej aktywny fizycznie;
- możliwych przeszkód w podejmowaniu aktywności, wsparcia społecznego (rodziny) w dokonaniu zmiany stylu życia [16].

W domu rodzinnym należy kontynuować procesy leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji. Rodzina powinna być w równym stopniu jak pacjent wyposażona w odpowiednią wiedzę i umiejętności oraz posiadać dyspozycje psychofizyczne, które umożliwiają kontynuowanie procesów terapeutycznych zapoczątkowanych w szpitalu [16].

Rodzina może wpłynąć na podjęcie przez chorego wspólnych form aktywności fizycznych, jak spacer, wycieczki rowerowe, uprawianie działki. Wskazane jest także podróżowanie i czynny odpoczynek (np. na wczasach), oczywiście najlepiej w gronie rodzinnym. Warto zwrócić uwagę, że korzystne dla zdrowia formy czynnej rekreacji, na które pacjent sam prawdopodobnie by się nie zdobył, realizowane wspólnie z bliskimi osobami mogą stać się rytuałem sprzyjającym zdrowiu. Dalszy wpływ domowników na podjęcie i utrzymanie aktywności fizycznej przez chorego przejawia się włączaniem go do codziennych czynności domowych. Oczywiście, należy wykluczyć te, które wymagają sporego wysiłku, błędem jest jednak wyłączenie pacjenta z obowiązków domowych i wyręczanie w samoobsłudze, uzasadnianie niesłuszną obawą, że chory się przemęczy, więc powinien dużo leżeć i odpoczywać.

Zakres aktywności stopniowo zwiększa się wraz ze wzrostem tolerancji wysiłku. Z początku będzie to samoobsługa, chodzenie po domu i okolicy, wchodzenie po schodach, proste obowiązki domowe. Należy stosować rodzaj lekkiej aktywności fizycznej, który sprawia przyjemność i nie doprowadza do nadmiernego zmęczenia, a tym bardziej do wystąpienia bólu wieńcowego [17]. Ta wiedza, oczywista dla lekarzy i rehabilitantów, ciągle nie może zaistnieć w powszechnej świadomości społecznej. Dlatego warto na ten aspekt przywracania pacjenta do zdrowia zwracać szczególną uwagę w rozmowach z nim samym oraz z jego bliskimi.

## REHABILITACJA PSYCHICZNA

Choroba jako sytuacja stresowa, a nawet kryzysowa, dotyka podstaw dotychczasowego życia człowieka oraz jego relacji z otoczeniem. Zagraża cenionym dotąd wartościom, ingeruje w dotychczasowe orientacje jednostki, zmusza do wysiłku w kierunku przystosowania. Choroba jest okazją do zmiany hierarchii wartości, mobilizacji możliwości twórczych i odkrycia nowych zasobów w tym zakresie [11].

Zawał serca, będący zagrożeniem życia, nierzadko bywa dla pacjenta punktem zwrotnym, wydarzeniem przełomowym, które powoduje refleksje nad sobą oraz swoim dotychczasowym życiem. Chory oderwany od środowiska rodzinnego i codziennych problemów ma okazję skupić się na zdrowiu i spojrzeć z dystansu na swoje problemy. Niektórzy pacjenci dopiero po zawale zaczynają dostrzegać wiele spraw we właściwej perspektywie i proporcjach: dociera do nich, jak dużo energii i zabiegów poświęcali dotąd rzeczom nieistotnym [17]. Pobyt w szpitalu, jeśli będzie przez pacjenta wykorzystany do przemyśleń nad dotychczasowym sposobem życia i nad hierarchią wartości, może się stać początkiem pozytywnych zmian. Przebycie zawału serca nie musi przekreślać dotychczasowych celów życiowych. Wymaga jednak przemyślenia możliwości ich realizacji w nowej sytuacji [14, 18]. Wystąpienie zawału serca sprawia, że w obliczu zagrożenia życia chory uświadamia sobie konieczność zmian w stylu życia, zachowaniach i zwyczajach. Zjawiskiem pozytywnym może być chęć szybkiego powrotu do zdrowia, sprawności oraz prowadzenia normalnego aktywnego życia. Motywacja ta, poparta sugestiami personelu medycznego, skłania chorego do podjęcia decyzji w ważnych sprawach, na przykład porzucenia szkodliwych nałogów czy zmian diety, organizacji obowiązków domowych i służbowych. Bodziec ten musi być jednak silnie wsparty oddziaływaniem zewnętrznym, by wywołał pożądane efekty. Taką rolę obok profesjonalnych służb medycznych (lekarzy, pielęgniarek, dietetyków, psychologów) może i powinna odgrywać rodzina chorego — jego naturalne środowisko, do którego wraca po ostrym okresie choroby.

Zawał serca jest źródłem niezwykle silnych, negatywnych emocji. Sam pobyt w szpitalu, procedury diagnostyczne i terapeutyczne także są źródłem stresu, zwłaszcza w 1.–2. dniu hospitalizacji. Później jednak, gdy dolegliwości ustępują pod wpływem zastosowanego leczenia, odczucia pacjenta zazwyczaj się zmieniają. Nowoczesne wyposażenie oraz obecność budzących zaufanie profesjonalistów dają poczucie bezpieczeństwa. Problem może wystąpić ponownie wtedy, gdy chory opuszcza szpital. Może się pojawić niepewność i poczucie zagrożenia. W tym momencie świadome wsparcie bliskich chorego, oparte na racjonalnych przesłankach, jest nie-

zwykle ważne. Niestety, rodzina często poprzez wynikającą z troski nadmierną opiekuńczość utwierdza pacjenta w przeświadczeniu o niepełnosprawności. Nieprawdziwe, chociaż bardzo powszechne, przekonanie o licznych ograniczeniach wynikających z przebytego zawału serca powodują, że osobie wypisanej ze szpitala najbliżsi przez dłuższy czas w dobrej wierze narzucają rolę chorego.

Edukacja rodzin i samego pacjenta musi dotyczyć każdego etapu rehabilitacji. Należy przekazać informacje związane z samą chorobą oraz czynnikami ryzyka. Brak wiedzy na temat choroby powoduje nasilenie się lęku i może prowadzić do depresji. Powikłania psychologiczne, które często występują u osób po ostrych incydentach kardiologicznych, zwłaszcza po zawale serca, mogą istotnie wpłynąć na wyniki rehabilitacji [15].

Trzeba pamiętać, że lęk jest jednym z najbardziej typowych elementów obrazu klinicznego choroby wieńcowej, szczególnie w jej ostrych fazach. Należy go rozpatrywać w dwóch ważnych aspektach: jako źródło objawów ze strony układu krążenia oraz jako konsekwencję chorób tego układu. U osoby chorej może pojawić się poczucie braku wpływu na swoje codzienne życie i przekonanie, że staje się ciężarem dla innych. Dlatego bardzo ważne są relacje między partnerami. Ukrywanie własnych odczuć nie będzie służyło obojgu partnerom ani innym członkom rodziny. Warto uświadomić rodzinę, że pewne zachowania chorego są normalną reakcją na sytuację stresową. Rzeczywiste oswojenie się z sytuacją po zawale jest możliwe pod warunkiem uczestnictwa wszystkich zainteresowanych osób w tym procesie.

Należy tu także wspomnieć o powrocie do życia seksualnego, gdyż niemożność ponownego podjęcia tej aktywności może być przyczyną zbędnej frustracji. Choroba serca nie oznacza końca przyjemnego i zadowalającego pożycia małżeńskiego. W większości przypadków nowoczesne metody leczenia chorych z zawałem serca pozwalają na powrót do pełnej sprawności fizycznej, a sam fakt przebycia choroby nie powinien stanowić ograniczenia w życiu seksualnym. Podejmując rozmowę o tej sferze życia z pacjentem i jego życiowym partnerem, warto przejmować inicjatywę, ponieważ zainteresowane osoby często wstydzą się zadawać pytania na ten temat, co niekiedy prowadzi do zupełnie nieracjonalnych zachowań, a w konsekwencji do niepotrzebnych napięć i nieporozumień małżeńskich. W przypadkach, w których rezerwa wieńcowa jest ograniczona i nie ma możliwości poprawy ukrwienia serca, należy rozważyć modyfikację farmakoterapii oraz taki podział ról, który spowoduje odciążenie osoby chorej podczas stosunku [13]. Osobnym aspektem problematyki seksualnej jest możliwość wystąpienia impotencji jako niekorzystnego efektu ubocznego stosowanych leków.

Chory i jego partner muszą być poinformowani o takiej ewentualności, a w razie jej wystąpienia należy dążyć do takiej zmiany stosowanych leków, która ograniczy objawy niepożądane, nie zwiększając ryzyka pogorszenia stanu zdrowia pacjenta.

## PROFILAKTYKA WTÓRNA

Panuje powszechna zgodność, że większość chorób przewlekłych jest rezultatem zachowań antyzdrowotnych lub występowania czynników ryzyka niezależnych od stylu życia. Nie kwestionując znaczenia czynnika genetycznego, trzeba podkreślić niezwykle ważną rolę, jaką odgrywają formowane w rodzinie nawyki żywieniowe, stosunek do aktywności fizycznej oraz używek. Bez zmiany stosunku rodziny chorego po zawale serca do modyfikowanych czynników ryzyka jego rehabilitacja uwzględniająca profilaktykę wtórną może się okazać trudna lub wręcz niemożliwa. Usuwanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca ma znacznie większe szanse powodzenia, jeśli obejmuje całą rodzinę, a nie wyłącznie chorego. Zdaniem terapeutów o wieloletnim doświadczeniu świadome współuczestnictwo rodziny w długotrwałym procesie terapeutycznym ma kluczowe znaczenie. Pozytywne zaangażowanie bliskich chorego w jego rehabilitację jest uwarunkowane posiadaniem pewnego niezbędnego zasobu wiedzy medycznej, obejmującej znajomość podstawowych objawów choroby, a w szczególności tych, które są sygnałem zagrożenia (np. objawy kliniczne zawału serca), oraz znajomość najważniejszych czynników ryzyka i metod ich modyfikacji.

Zmiana trybu życia i nawyków dietetycznych nie dotyczy tylko samego chorego, ale i całej rodziny, stąd potrzebny jest czas i cierpliwość. W kwestii zmiany żywienia ważne jest przyswojenie oraz umiejętne stosowanie zasad diety przeciwmiażdżycowej nie tylko przez pacjenta, ale przede wszystkim przez osobę, która zajmuje się w domu gotowaniem i zaopatrywaniem w żywność. Ważne więc jest kształtowanie kultury żywieniowej, przyzwyczajanie do spożywania wszystkich potraw, zwalczanie złych nawyków i tradycji żywieniowych. Zwalczanie otyłości i zaprzestanie palenia tytoniu należą do priorytetowych zadań. Te trudne przedsięwzięcia wymagają szczególnego wspierania i pozytywnej motywacji [19]. Współpraca lekarza z pacjentem i jego rodziną polegająca na przyznaniu im większego wpływu na terapię wydaje się tendencją coraz powszechniejszą we współczesnej medycynie [20]. Partnerskie traktowanie pacjenta i jego rodziny pozwala na wspólne wyznaczanie celów, co zwiększa prawdopodobieństwo sukcesu. Ważne jest, aby do zamierzonego efektu końcowego dążyć poprzez wspólne określanie celów etapowych w taki sposób, aby jasno definiowały zadanie i czas na jego realizację. Cel etapowy musi pozostawać w zasięgu realnych możliwo-

ści, ponieważ sukcesy, nawet drobne, zazwyczaj stanowią dobrą motywację do dalszych działań, a porażki mogą zniechęcać i prowadzić do zarzucenia drogi prozdrowotnych modyfikacji stylu życia.

Wiedza o chorobie, jej uwarunkowaniach i perspektywach jest podstawową potrzebą większości chorych i ich rodzin. Kształtuje ich udział w procesie leczenia i rehabilitacji oraz wpływa na jakość życia. Dla lekarzy podstawowym kryterium efektywności terapii stosowanej w chorobie wieńcowej jest zmniejszenie śmiertelności i występowania poważnych incydentów sercowo-naczyniowych. Nie wolno jednak zapominać, że większość pacjentów właśnie poprzez ocenę jakości życia określa skuteczność leczenia. Partnerski stosunek do pacjenta i jego rodziny wymaga uwzględnienia w terapii także ich punktu widzenia, nie rezygnując jednocześnie z dobrze zdefiniowanych celów medycznych. Warto także pamiętać, że jakość życia to nie tylko subiektywna ocena stanu zdrowia wyrażona określoną wydolnością fizyczną i niewystępowaniem bólów wieńcowych lub innych objawów chorobowych, ale także powrót do aktywności zawodowej, satysfakcja z pracy, aktywność społeczna, posiadane hobby, wzajemne stosunki z rodziną i przyjaciółmi, funkcje intelektualne i poznawcze, poczucie samokontroli i zaufania do samego siebie, aktywność seksualna, radzenie sobie w różnych sytuacjach, nastrój oraz zadowolenie z życia.

Podsumowując, należy podkreślić, że chory w procesie rehabilitacji nie powinien być postrzegany przez personel medyczny jako wyizolowana jednostka, ale jako osoba funkcjonująca w różnych społecznościach, z których najważniejsze znaczenie ma rodzina. Dlatego oddziaływanie na pacjenta może być skuteczne tylko wówczas, gdy nie jest ograniczone wyłącznie do niego samego, ale obejmuje również jego bliskich.

---

**Podstawowym założeniem rehabilitacji kardiologicznej jest jej kompleksowość, pełne współdziałanie oraz uzupełnienie leczenia na każdym etapie — zarówno w szpitalu, jak i po jego opuszczeniu. Ze względu na odmienną celów i etapów rehabilitację kardiologiczną dzieli się na: rehabilitację fizyczną, rehabilitację psychiczną i profilaktykę wtórną. Personel medyczny nie powinien postrzegać chorego w procesie rehabilitacji jako wyizolowanej jednostki, ale jako osobę funkcjonującą w różnych społecznościach, z których najważniejsze znaczenie ma rodzina. Dlatego oddziaływanie na pacjenta może być skuteczne tylko wówczas, gdy nie jest ograniczone wyłącznie do niego samego, ale obejmuje również jego bliskich.**

**Słowa kluczowe:** *zawał serca, rehabilitacja, rodzina*

## PIŚMIENICTWO

1. Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce. Opracowanie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. W: Przegląd Rządowy 1999; 3: 85–240.
2. Kuch J., Rudnicki S. Rehabilitacja w chorobach układu sercowo-naczyniowego. W: Kuch J. (red.). Rehabilitacja. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 1989; 23–65.
3. Zawał serca. Standardy PTK. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne 1999.
4. Ruciński Z., Rudnicki S. Powstawanie i rozwój polskiego modelu rehabilitacji kardiologicznej. Postępy Rehabilitacji 1994; 1: 211–215.
5. Tylka J., Rudnicki S. Miejsce kompleksowej rehabilitacji we współczesnej kardiologii. Postępy Rehabilitacji 1992; 6: 27–34.
6. Piotrowicz R., Waraszkiewicz J. Rehabilitacja kardiologiczna pacjentów z chorobą wieńcową. Kardiologia dla lekarzy rodzinnych. Medipress Medical Update 2003; 6: 3–6.
7. Dylewicz P. Aktywność fizyczna w kardiologicznej prewencji pierwotnej. Kardiol. Pol. 2001; 55: 569–574.
8. Poloński L., Rybicki J. Rehabilitacja w dobie kardiologii inwazyjnej. Kardiol. Pol. 2003; 58: 511–514.
9. Maximin A. Choroby serca. Powrót do zdrowia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
10. Berkman L.F. Assessing the physical health effects of social networks and social support. Annual Review of Public Health 1984; 5: 413–432.
11. Przybyłowicz T., Irzyniec T., Kazimierczak J., Ludczak H., Szczerba H. Wpływ rodziny na kształtowanie postaw prozdrowotnych młodzieży szkół zawodowych. W: Niebrój L., Kosińska M. (red.). Rodzina: edukacja zdrowotna i rehabilitacja. Eukrasia, Katowice 2003; 3: 49.
12. Mianowana V. Motywacja do podejmowania wysiłków zdrowotnych współwyznacznikiem funkcji edukacyjnej pielęgniarki. Zdrowie Publiczne 2003; 113: 126–130.
13. Jackson G. Zdrowe serce. Książka i Wiedza; Warszawa 2004.
14. Dobrolubow U. Po zawale serca można żyć. Łódzkie Wydawnictwo Naukowe, Łódź 1997.
15. Żebrowski M.R., Bołatek M.A., Żebrowska A. Forum Kardiologów 2003; 8: 19–22.
16. Kubica A., Bogdan M., Budnik-Szymoniuk M. Zaburzenia lękowe u chorych po zawale serca. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2004; 4: 103.
17. Aleksandrow D., Michalik A. Jak ustrzec się choroby wieńcowej i zawału serca. PZWL, Warszawa 1995.
18. Kłyk M. Wybrane problemy edukacji zdrowotnej w rodzinie. W: Niebrój L., Kosińska M. (red.). Rodzina: edukacja zdrowotna i rehabilitacja. Eukrasia, Katowice 2003; 3: 17–19.
19. Adamowicz-Czoch E., Wasilewski J., Rowinski A., Słonka G. Postępowanie z chorym po zawale serca. Medycyna Rodzinna 2003; 10: 712–714.
20. Simon R. From the editor. Family Therapy Networker 1996; 20: 1.