

PRACE POGLĄDOWE

Katarzyna Turczyn-Jabłońska

Małgorzata Waszkowska

PRZYSTOSOWANIE DO PRACY OSÓB PO ZAWALE SERCA – ROZWAŻANIA MODELOWE*

READAPTATION TO WORK AFTER MYOCARDIAL INFARCTION: MODEL CONSIDERATIONS

Z Zakładu Psychologii Pracy

Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

STRESZCZENIE

W Polsce pracę zawodową po zawale mięśnia sercowego podejmuje zaledwie ok. 50–60% osób. Osoby powracające do pracy z powodu zmienionej sprawności psychofizycznej muszą się do niej na nowo przystosować. Nie są znane czynniki warunkujące dobre funkcjonowanie osób po zawale. Celem podjętych badań jest identyfikacja tych czynników i określenie ich roli w procesie adaptacji. Pierwszym etapem badań było opracowanie teoretycznego modelu adaptacji do pracy. W pracy przedstawiamy model, który uwzględnia czynniki zdrowotne i psychospołeczne, takie jak: obiektywny stan zdrowia, subiektywna ocena zdolności do pracy, styl wyjaśniania zdarzeń, motywacja do pracy, a także obiektywne cechy pracy i wsparcie społeczne jakie osoba otrzymuje. Med. Pr., 2005;56(1):41–47

Słowa kluczowe: przystosowanie do pracy, powrót do pracy, zdolność do pracy, zawał serca

ABSTRACT

In Poland only 50–60% of persons who have experienced myocardial infarction return to work. Bearing in mind that psychophysical condition changes after such an event, this group of people has to be readapted to work. Factors that determine good work performance among post-infarction workers have been not yet investigated. The aim of our study is to identify those factors and to define their role in the readaptation process. The first stage of our project involved the development of a theoretical model of readaptation to work after myocardial infarction. This model is described in this paper. It comprises the following components: medical evaluation of the workers' health status, his or her subjective assessment of work ability, expectations (optimistic vs. pessimistic attitude), motivation to work, social support, and job characteristics. Med Pr 2005;56(1):41–47

Key words: adaptation to work, return to work, work ability, myocardial infarction

adres autorów: Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, e-mail: waszko@imp.lodz.pl

Nadesłano: 13.01.2005

Zatwierdzono: 7.02.2005

© 2005, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

WSTĘP

Choroby serca i układu krążenia, w tym zawał, stanowią przyczynę około 30 % przypadków niezdolności do pracy orzekanych w Polsce (1). Stwarza to poważne problemy społeczne, a także ekonomiczne, nie tylko w wymiarze indywidualnym, ale także w skali państwa. Dlatego bardzo istotnym problemem jest utrzymanie aktywności zawodowej możliwie największej liczby osób w wieku produkcyjnym.

Od wielu lat prowadzone są wielodyscyplinarne badania, z których wnioski są wykorzystywane w leczeniu i rehabilitacji osób po przebytym zawale serca. Badania te prowadzone są w dwóch kierunkach. Pierwszy z nich koncentruje się na etiologii chorób układu krążenia i zawału oraz identyfikacji czynników ryzyka, mechanizmów ich wpływu na rozwój i przebieg. Wśród czynników ryzyka zawału serca wymienia się najczęściej miażdżycę, nadciśnienie tętnicze, nadwagę, palenie tytoniu, małą aktywność fizyczną (2). Znaczący wpływ na rozwój choroby mają także czynniki psychospołeczne. Badania prowadzone w ramach programu „Interheart” w 52 krajach świata potwier-

* Praca wykonana w ramach zadania finansowanego z dotacji na działalność statutową nr IMP 21.2 pt. „Aktywność zawodowa pracowników umysłowych po przebytym zawale mięśnia sercowego – opracowanie modelu adaptacji do pracy i narzędzi badawczych. Kierownik zadania: mgr M. Waszkowska.



dziły, że stres w pracy jest istotnym czynnikiem w etiologii choroby niedokrwiennej serca i zawału serca (3). Istnieje wiele danych empirycznych wskazujących, że ryzyko powstawania zawału wzrasta również u osób zatrudnionych na stanowiskach o dużym obciążeniu czynnikami psychospołecznymi, takimi jak brak kontroli nad pracą, mały wpływ na planowanie pracy, jej tempa, godzin wykonywania, stresem powodowanym monotonią pracy, przebiegającą w hałasie (4,5).

Wiele prac empirycznych ujawniło także szereg właściwości indywidualnych, które sprzyjają lub chronią przed wystąpieniem zawału mięśnia sercowego. Należą do nich rodzaj stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem, cechy osobowości (np. Wzór zachowania A, poczucie koherencji), styl życia (6–9).

Drugi nurt badań dotyczy oceny odległych skutków zawału serca i skuteczności metod leczenia i rehabilitacji. Arendarczyk i wsp. (10) wykazali, że chorzy u których zastosowano leczenie trombolityczne w ostrej fazie zawału cechują się wyższą jakością życia w porównaniu do osób leczonych konwencjonalnie. Na poprawę jakości życia w pierwszych tygodniach po zawale wpływa także wczesne uruchamianie chorych, poprawa wydolności fizycznej oraz poddanie chorych rehabilitacji kardiologicznej (11,12).

Stosunkowo niewiele prac badawczych poświęconych jest natomiast psychologicznym skutkom zawału serca, skuteczności terapii i rehabilitacji. Problemy z nimi związane analizowano głównie w aspekcie zaburzeń emocjonalnych, postawy wobec choroby, świata i siebie samego. Jak wykazują badania, u osób po przebytym zawale serca często obserwuje się obniżenie nastroju, zaburzenia depresyjne, lęk przed kolejnym incydentem kardiologicznym, nadmierną koncentrację na chorobie. Obniża się u tych pacjentów poziom i zakres aktywności życiowej, zmienia się obraz własnej osoby (13).

Interesującym zagadnieniem psychologicznym są zmiany sprawności funkcji poznawczych tych osób. Carmelli wraz ze współpracownikami (14) w badaniu typu follow-up (obejmującym okres dziesięciu lat) wykazali, że obecność w wieku średnim takich czynników ryzyka zawału, jak hiperglikemia, nadciśnienie tętnicze, apolipoproteiny E epsilon 4, jest istotnie związana z wystąpieniem zaburzeń funkcji umysłowych. Ograniczenia w zakresie tych funkcji mogą utrudniać sprawne wykonywanie zadań w pracy i sprzyjać popełnianiu błędów.

Wyniki przedstawionych badań świadczą o tym, że zawał mięśnia sercowego może powodować zna-

czące zmiany w życiu chorego. Z jednej strony konsekwencje zawału w różnym stopniu upośledzają wydolność i sprawność fizyczną organizmu, a z drugiej są przyczyną wielu problemów natury psychologicznej. Ten incydent kardiologiczny i jego skutki stanowią bowiem źródło silnego stresu psychologicznego, z którym chory nie zawsze potrafi sobie poradzić. Wszystko to wpływa negatywnie na jakość funkcjonowania społeczno-zawodowego jednostki, w tym również powoduje częściową lub całkowitą niezdolność do pracy. Według danych statystycznych (12) w Polsce zaledwie ok. 50%–60% osób po przebytym zawale powraca do pracy. Jest to niewielka liczba w porównaniu z krajami zachodnimi, w których odsetek tych osób waha się od 70% do 95%. A właśnie powrót do pracy jest istotnym elementem w „procesie zdrowienia” osób po zawale serca. Liczne badania dowiodły, że aktywność zawodowa zawałowców korzystnie wpływa na ich stan zdrowia. Wśród pracujących osób po przebytym zawale mięśnia sercowego odnotowuje się mniejszą umieralność z powodu schorzeń układu krążenia oraz mniej ponownych incydentów kardiologicznych. Osoby wykonujące pracę po zawale serca żyją dłużej od tych, które przeszły na rentę lub na emeryturę. U osób pracujących po zawale pięciokrotnie rzadziej występują również nerwice i depresje (15–18).

Część spośród osób po zawale serca, podejmujących na nowo aktywność zawodową wraca na dotychczasowe stanowiska, ale niektórzy muszą zmienić zawód, stanowisko, a niekiedy i miejsce zatrudnienia. A zatem w przypadku tych osób zmieniają się nie tylko ich możliwości wykonywania pracy spowodowane zawałem, ale również mogą zmienić się warunki i wymagania pracy. Obie grupy osób podejmujących aktywność zawodową zmuszone są do ponownej adaptacji do pracy. Proces ten nie zawsze przebiega bez zakłóceń. Trudności przystosowawcze, jakich doznają osoby po zawale, mogą je skłaniać na przykład do zmian pracy (co pociąga za sobą konieczność dostosowywania się do coraz to innych wymagań pracy) lub do kontynuacji pracy na danym stanowisku, do której przystosowanie wymaga niekiedy od jednostki wysiłku przekraczającego jej rzeczywiste możliwości. Jeśli kłopoty z przystosowaniem i stres z nim związany przedłużają się w czasie, to prowadzi to do pogorszenia się stanu psychicznego i/lub fizycznego osoby, a w efekcie powoduje niezdolność do pracy (przejścia na rentę). Ma to swoje negatywne konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Powoduje bowiem zwiększenie



obciążenia budżetu państwa, które związane jest z wypłacaniem świadczeń rentowych, leczeniem i rehabilitacją, a z drugiej strony pogarsza się jakość i standard życia chorych.

Do tej pory badacze nie zajmowali się zagadnieniem dotyczącym przystosowania do pracy osób podejmujących aktywność zawodową po długich i ciężkich chorobach, w tym po zawale serca. Nie są zatem znane czynniki warunkujące dobre funkcjonowanie zawodowe tych osób. Sądzimy, że ich poznanie umożliwi określenie kierunków i działań w zakresie rehabilitacji mających na celu przywrócenie przedchorobowego poziomu społeczno-zawodowego funkcjonowania chorych. Zidentyfikowanie tych czynników, mamy nadzieję, pozwoli również na udoskonalenie dotychczasowej procedury orzekania o zdolności do pracy osób po zawale, w której, jak dotychczas, w niewielkim stopniu uwzględnia się czynniki psychologiczne (19).

Identyfikacja i określenie znaczenia psychospołecznych czynników dla powrotu i przystosowania do pracy omawianej grupy osób jest możliwa poprzez przeprowadzenie szeroko zakrojonych badań. W Zakładzie Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi podjęto się takiego zadania. Punktem wyjścia do ich zaprojektowania było opracowanie teoretycznego modelu adaptacji do pracy osób po zawale serca.

MODEL ADAPTACJI DO PRACY OSÓB PO ZAWALE SERCA

W opracowaniu modelu adaptacji osoby do pracy po zawale serca wykorzystaliśmy teorię indywidualno-środowiskowego dopasowania (Person – Environment Fit Theory) Frencha, Rodgersa i Cobba. Przedmiotem tej teorii jest współzależność między pracownikiem a środowiskiem pracy (20). Zakłada się w tej teorii, że przystosowanie osoby do pracy zależy od właściwości:

- środowiska pracy;
- jednostki.

Oba te elementy mogą być ujmowane w dwóch wymiarach: obiektywnym i subiektywnym. Obiektywne środowisko jest niezależne od jednostki (od jej procesów intelektualnych, sposobu spostrzegania rzeczywistości). Składają się na nie m.in. warunki, organizacja pracy i gratyfikacje (wynagrodzenie, awans). To natomiast w jaki sposób osoba spostrzega i jak ocenia (przez pryzmat swych doświadczeń) pracę, stanowi środowisko subiektywne. Osoba w wymiarze obiektywnym to rzeczywisty jej obraz, na który składają się

umiejętności, zdolności, osobowość, kwalifikacje i potrzeby. Osoba w wymiarze subiektywnym odnosi się do obrazu siebie jaki ona posiada.

Między tymi czterema kategoriami (środowisko obiektywne, środowisko subiektywne, jednostka obiektywna, jednostka subiektywna) relacji człowiek – środowisko zachodzą zależności zgodności lub /i rozbieżności. Relacje między środowiskiem obiektywnym i subiektywnym świadczą o jakości kontaktu człowieka z rzeczywistością. Rozbieżność między rzeczywistymi cechami osoby a jej obrazem siebie wskazuje na dokładność samooceny osoby. Pozostałe rozbieżności wyrażają stopień niedopasowania środowiska pracy i jednostki. O dopasowaniu środowiska pracy i jednostki w wymiarze obiektywnym mówi się wtedy, gdy jest zgodność między obiektywnymi cechami jednostki i obiektywnym środowiskiem pracy. Dopasowanie subiektywne zaś określone jest przez stopień zgodności spostrzegania przez osobę wymagań środowiska z obrazem własnych możliwości. Te dwa rodzaje zgodności określane są mianem indywidualnośrodowiskowego dopasowania (20,21).

Wszystkie opisane powyżej rodzaje niedopasowania mogą być źródłem zaburzeń stanu zdrowia. Kluczową jednak rolę w determinowaniu zdrowia przypisuje się:

1) stopniowi dopasowania możliwości osoby do napotkanych w pracy wymagań, ujmowanym w wymiarze subiektywnym i obiektywnym;

2) dopasowaniu gratyfikacji w środowisku pracy do potrzeb pracownika.

Jeżeli występuje względna równowaga między potrzebami i możliwościami osoby a wymaganiami pracy i wzmocnieniami w miejscu pracy, to mówimy o dobrej adaptacji (dopasowaniu). Poziom adaptacji zależy od tego, w jakim stopniu osoba dysponuje możliwościami i zdolnościami niezbędnymi do sprostania wymaganiom pracy oraz stopnia, w jakim praca zaspokaja jej potrzeby.

Subiektywne dopasowanie osoby i pracy jest najważniejszą częścią opracowanego przez nas modelu adaptacji osoby do pracy. Dobre dopasowanie występuje wówczas, kiedy środowisko pracy jest w stanie dostarczyć osobie środków zaspokojenia potrzeb, oraz, gdy osoba jest z kolei w stanie wykazać się potrzebnymi w środowisku jej pracy możliwościami (20). Rozpatrzmy przykład Jan Kowalskiego, który pracuje na stanowisku głównego księgowego. Praca wymaga od niego dużej odpowiedzialności, dyspozycyjności, dobrej znajomości ekonomii i prawa. W zamian za wy-



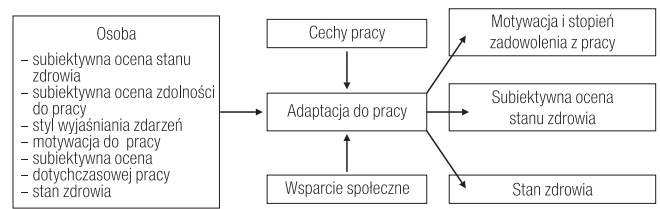
konywaną pracę oczekuje on uznania ze strony przełożonych, odpowiednio wysokiego wynagrodzenia, możliwości doskonalenia zawodowego. Jeśli Kowalski spełnia wymienione wymagania i otrzymuje oczekiwane gratyfikacje, to możemy mówić o dobrym dopasowaniu. Jeśli natomiast Kowalski nie spełnia określonych przez pracę wymagań lub praca nie spełnia jego oczekiwań, to mamy do czynienia z niedopasowaniem. Niedopasowanie to staje się dla niego źródłem napięcia i stresu. Może ono doprowadzić do zaburzeń w stanie jego zdrowia, zmniejszenia jego motywacji i zadowolenia z pracy.

Uwzględniając dane literaturowe na temat czynników, które wpływają na powrót do pracy, opracowaliśmy model teoretyczny przystosowania do pracy osób po zawale serca. Przyjęliśmy, że na proces przystosowania wpływają przede wszystkim takie czynniki, jak obiektywny stan zdrowia, subiektywna ocena zdolności do pracy wynikająca z subiektywnej oceny cech pracy (wymagań, gratyfikacji) oraz stanu zdrowia, styl wyjaśniania zdarzeń, motywacja do pracy, a także obiektywne cechy pracy i wsparcie społeczne jakie osoba otrzymuje (ryc. 1).

W skonstruowanym przez nas modelu, wskaźnikiem stopnia przystosowania do pracy osoby po zawale serca będą zatem: obiektywny i subiektywny stan jej zdrowia fizycznego i psychicznego, status społeczno-zawodowy, poziom motywacji i stopień satysfakcji z pracy, kontakty społeczne (22,23).

Zgodnie z przyjętymi założeniami teoretycznymi w tym modelu przystosowanie do pracy będzie tym lepsze, im wyżej jednostka ocenia swoją zdolność do wykonywania danej pracy i im wyższą będzie miała do niej motywację oraz w im większym stopniu cechy i wymagania pracy będą dopasowane do jej możliwości. Oczekuje się, że im lepsze będzie więc przystosowanie osoby do pracy, tym lepsze będą: stan zdrowia zarówno subiektywny jak i obiektywny, motywacja do pracy, satysfakcja z niej i jakość funkcjonowania osoby.

Podjęcie decyzji przez chorego o powrocie do pracy nie jest jednak łatwe. Z jednej strony praca zawodowa stanowi ważne źródło dochodu, daje zabezpieczenie materialnych podstaw bytu, pozwala na realizację ambicji, zainteresowań, decyduje o prestiżu i pozycji społecznej, daje poczucie własnej wartości. Z drugiej jednak naruszenie obrazu własnej osoby na skutek zawału oraz obawa przed wymaganiami w pracy, stresem z nią związanym, mogą hamować pozytywne nastawienie do niej (24). Jak już wcześniej wspomnia-



Ryc. 1. Teoretyczny model adaptacji do pracy osób po zawale serca.

no, w wyniku zawału zmienia się stan psychofizyczny pacjenta, w związku z czym nie zawsze jest on w stanie wykonywać czynności i zadania, które robił przed zawałem. Zmianie ulega zatem jego orientacja w tym, co potrafi i do czego jest zdolny (przeświadczenie dotyczące siebie, swoich sił fizycznych i możliwości) (25).

To, czy chory po zawale podejmie aktywność zawodową i czy do pracy się przystosuje czy też nie, zależy od wielu czynników. Są to na przykład: stan zdrowia, status materialny, motywacja, cechy osobowości (np. styl wyjaśniania zdarzeń), dotychczasowa ocena przystosowania do pracy jak i aktualna ocena zdolności do pracy. Ich znaczenie potwierdziły liczne prace badawcze. Smith i in. (26) wykazali na przykład, że predyktorami powrotu do pracy osób po pierwszym przeżytym zawale są w kolejności ważności: poziom wykształcenia, postrzegany poziom aktywności fizycznej w pracy, ostrość zawału i postrzegany stan zdrowia. Częściej do pracy powracają osoby dobrze wykształcone, wykonujące zwykle prace umysłowe, niezwiązane z dużym wysiłkiem fizycznym, cieszące się względnie dobrym stanem zdrowia. Podobne zależności potwierdził w populacji polskiej Juczyński i in. (27), który stwierdził, że gdy stan zdrowia nie stanowił bezwzględnie przeciwwskazania do wykonywania pracy, na decyzję o jej podjęciu wpływały czynniki niemiedyczne, takie jak: wykształcenie, stanowisko pracy, subiektywna ocena stanu zdrowia. Nie bez wpływu na podejmowanie tego typu decyzji są także wiek, sytuacja rodzinna i sytuacja na rynku pracy. Częściej do pracy powracają osoby młodsze, które mają na utrzymaniu rodziny i zbyt krótko pracują, aby uzyskać prawo otrzymania satysfakcjonujących świadczeń finansowych z innych źródeł (np. renty) (28,29). Jak wynika z cytowanych badań istotną rolę w decyzji o podjęciu pracy odgrywa ogólna sytuacja życiowa osoby, a zwłaszcza sytuacja ekonomiczna jej rodziny. Jeżeli osoba po zawale znajduje się w dobrej sytuacji finansowej, a ocenia swój stan zdrowia i zdolność do pracy jako niewystarczający, to może podjąć decyzję o wycofaniu się z aktywności zawo-



dowej. Przeciwnie, trudności materialne powodować mogą, że chociaż osoba ocenia swą zdolność do pracy jako niewielką, decyduje się na jej podjęcie, ponieważ utrzymanie rodziny jest dla niej wartością nadrzędną. Jeśli osoba taka do pracy powróci, to mogą u niej wystąpić trudności adaptacyjne i przeciążenia powstałe na skutek niemożności sprostania wymaganiom pracy. W efekcie może to doprowadzić do pogorszenia się jej fizycznego i psychicznego stanu zdrowia.

To, czy jednostka podejmie aktywność zawodową uzależnione jest również od jej przedchorobowej jakości funkcjonowania społeczno-zawodowego oraz aktualnej samooceny stanu zdrowia. Osoba bierze pod uwagę to, w jakim stopniu była przystosowana do pracy przed wystąpieniem zawału, w jakim stopniu praca przynosiła jej satysfakcję, zadowolenie, czy była źródłem silnego stresu czy frustracji i odnosi to do aktualnego stanu zdrowia i obrazu siebie jako pracownika. Na tej podstawie dokonuje ona oceny swej zdolności do pracy.

W powrocie do aktywności zawodowej bardzo istotną rolę odgrywa również samopoczucie i stan psychiczny osoby. Zawał serca jest dla niej źródłem silnego stresu psychologicznego, z którym nie zawsze jest ona sobie w stanie poradzić. Jak dowodzą badania aż 65% chorych po zawale serca wykazuje objawy obniżenia nastroju. U 16–22% pacjentów objawy te mają większe nasilenie, trwają dłużej i spełniają kryteria diagnostyczne depresji (30). Depresja dodatkowo nasila lęk pacjenta przed występującymi dolegliwościami oraz percepcję doznań bólowych (31). Depresja, która pojawić się może po zawale serca stanowi ważny problem kliniczny. Pacjenci ze współwystępującym zespołem depresyjnym stanowią bowiem grupę wysokiego ryzyka ponownego zawału (32,33). Gorzej przebiega u nich rehabilitacja, później wracają oni do pracy zawodowej, mają więcej problemów społecznych, doświadczają więcej stresów. Osoby takie odczuwają istotnie więcej objawów bólowych, dłużej pozostają w roli chorego. Negatywne odczucia i emocje wpływają na styl radzenia sobie z przewlekłą chorobą, dodatkowo pogarszając jakość życia chorych, co w konsekwencji znacznie utrudnia im powrót i adaptację do pracy zawodowej (13). Oprócz depresji również odczuwanie lęku, które jest częste u pacjentów kardiologicznych negatywnie wpływa na ich funkcjonowanie społeczno-zawodowe (34).

Funkcjonowanie to w dużej mierze zdeterminowane jest również przez cechy osobowości osoby, a szczególnie przez styl wyjaśniania zdarzeń. Można

wymienić dwa style wyjaśniania: optymistyczny i pesymistyczny. Osoby chore, ale optymistycznie nastawione do życia generalnie lepiej radzą sobie z sytuacją choroby, wykazują znacznie lepsze fizjologiczne wskaźniki radzenia sobie z nią i szybciej wracają do zdrowia niż pesymiści. Ludzie tacy wybierają aktywne sposoby radzenia sobie i podejmują więcej działań, mających na celu zwalczenie choroby. Charakteryzuje te osoby również większa wytrwałość w zmaganiach z chorobą oraz nie załamują się one szybko w momencie potencjalnych kryzysów z nią związanych (35). Można więc przewidywać, że optymiści chętniej będą wracać do pracy i łatwiej się do niej przystosują.

Ostatnim elementem, który naszym zdaniem jest istotny w podejmowaniu decyzji o powrocie do pracy i w procesie przystosowania do niej jest wsparcie społeczne. Definiuje się je jako „istnienie lub brak znaczących dla jednostki relacji i więzi między nią a jej społecznym otoczeniem (np. rodziną, przyjaciółmi, współpracownikami, przełożonymi)” (36). Wpływ wsparcia społecznego w tym kontekście może się okazać zarówno pozytywny (sprzyjający wyzdrowieniu i powrotowi do aktywności przedchorobowej) jak i niekorzystny (tzn. taki, który blokuje zachowania prozdrowotne poprzez wzmacnianie postaw lękowych i bierności). Wiele prowadzonych w tym zakresie badań dowodzi, że odpowiednie do potrzeb człowieka wsparcie społeczne ma pozytywny wpływ na proces zdrowienia (37).

PODSUMOWANIE

Z przeglądu danych literaturowych wynika, że czynniki psychologiczne są w większym stopniu niż zdrowotne predyktorami powrotu i adaptacji do pracy osób po zawale serca (11,26,38). Wpływają one na postawę pacjenta w stosunku do programów rehabilitacyjnych, szybkość powrotu do aktywności zawodowej i funkcjonowanie społeczne (39). Wczesna rehabilitacja chorych po zawale serca poprawia ich wydolność fizyczną, zmniejsza poziom lęku i depresji, powoduje poprawę jakości życia, a w konsekwencji ułatwia im powrót i adaptację do pracy zawodowej (11). Im wcześniej jest ona prowadzona, tym jej oddziaływania są skuteczniejsze. Podczas rehabilitacji szczególną uwagę powinno zwrócić się na problemy psychologiczne osoby rehabilitowanej, które są najczęściej barierą dla postępu rehabilitacji. Oznacza to, iż łącznie z rehabilitacją medyczną, zawodową i społeczną powinno prowadzić się wiele oddziaływań psychologicznych, które



umożliwią chorym powrót do normalnego życia społecznego, a szczególnie zawodowego.

Z licznych badań prowadzonych przez instytucje ubezpieczeń społecznych innych krajów wynika, że prowadzenie rehabilitacji leczniczej i zawodowej jest skutecznym sposobem zapobiegania lub zmniejszania stopnia niezdolności do pracy. Wskazuje się, że powodzenie w rehabilitacji wymaga: odbudowania motywacji do pracy, w czym może pomóc psycholog, zdiagnozowania przez pracodawcę możliwości zawodowych pacjenta oraz pomocy o charakterze logistycznym, udzielanej przez pracownika socjalnego w pierwszym okresie nowego zatrudnienia oraz ewentualne przeszkolenie zawodowe (40). W Polsce w tym zakresie jest jeszcze wiele do zrobienia. Konieczne jest korzystanie z doświadczeń innych ośrodków zagranicznych. Nie wszystko jednak można przenieść na nasz grunt z uwagi na odmienną sytuację społeczno-ekonomiczną.

Podjęte przez nas badania mają właśnie na celu identyfikację psychospołecznych czynników, które warunkują adaptację do pracy osób po zawale mięśnia sercowego. Pozwoli to na udoskonalenie dotychczasowej procedury kwalifikacji tych osób do pracy, a także umożliwi określenie zadań i kierunków oddziaływań rehabilitacyjnych, mających za zadanie przywrócenie przedchorobowej aktywności zawodowej.

PIŚMIENNICTWO

- Barwicka K., Krześniak H.: Program rehabilitacji przedrentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Zdr. Publ., 2002;112(4):516–519
- Jaffe A.S.: Zawał serca. W: Crawford M.H. [red.]. Kardiologia. Współczesne rozpoznawanie i leczenie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997
- Rosengren A., Hawken S., Qunpuu S., Sliwa S.: Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 2004;364(9439):953–963
- Hammar N., Alfredson L., Theorell T.: Job characteristics and the incidence of myocardial infarction. *Int. J. Epidemiol.*, 1994;23(2):227–284
- Bobak M., Hertzman C., Skodova Z., Marmot M.: Association between psychosocial factors at work and nonfatal myocardial infarction in a population-based case-control study in Czech men. *Epidemiology*, 1998;9:43–47
- Friedman M.: Type A behavior pattern: some of its pathophysiological components. *Bull. N. Y. Acad. Med.*, 1977;53:393–604
- Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J.: Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implication for therapy. *Circulation*, 1999;99:2192–2217
- Elias A., Wrześniewski K.: Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a wzór zachowania A. Ossoli-neum, Wrocław 1988
- Szerszeń-Motyka J., Bogutyn T., Ogorzały-Skupniewicz M., Piotrowski W.: Sense of coherence in patients after the first myocardial infarction. *Pol. Psychol. Bull.*, 1999;4:343–347
- Arendarczyk M., Łoboz-Grudzień K.: Jakość życia chorych w dwa lata po zawale mięśnia serca, 2. Ocena wpływu czynników. *Pol. Merk. Lek.*, 2000;8(44):94–97
- Hryniewicz L.: Aktywność zawodowa po przebytych zawale serca. *Post. Nauk. Med.*, 1994;7:285–287
- Malina T., Rybicki A., Buczkowski B.: Częstość powrotów do pracy zawodowej chorych na chorobę niedokrwienną serca po drugim etapie rehabilitacji. *Pol. Merk. Lek.*, 1996;1(2):99–101
- Dudek D., Dudek D., Zięba A., Wróbel A., Jawor M., Dubiel J.: Depresja w chorobie niedokrwiennej serca. *Przegl. Lek.*, 1999;56(4):302–307
- Carmelli D., Swan G.E., Reed T., Miller B., Wolf P.A., Jarvik G.P. i wsp.: Midlife cardiovascular risk factors, ApoE, and cognitive decline in elderly male twins. *Neurology*, 1998; 50 (6): 1580–1585
- Halawa B.: Zawał mięśnia sercowego a ponowne podjęcie pracy zawodowej. *Pol. Tyg. Lek.*, 1985;40(29):836–838
- Nagle R., Gangola R., Picton-Robinson I.: Factors influencing return to work after myocardial infarction. *Lancet*, 1971;28 (2):454–456
- Oldridge N., Guyatt G., Jones N., Crowe J., Singer J., Feeny D. i wsp.: Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am.J.Cardiol.*, 1991;67(13):1084–1089
- Turkulin K., Cerovec D., Baborski F.: Predictive markers of occupational activity in 415 post myocardial infarction patients after one-year follow-up. *Eur. Heart. J.*, 1988; Supl. 50:103–108
- Barwicka A.: Działania prewencyjne prowadzone w ZUS w zakresie zachowania zdrowia psychicznego ubezpieczonych. *Prewencja Rehabilitacja*, 2003;2(2):14–15
- Van Harrison: Indywidualno-środowiskowe dopasowanie a stres w pracy. W: Cooper C.L. [red.]. Stres w pracy. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987
- Bańka A.: Psychopatologia pracy. Wydawnictwo Gemini S.c., Poznań 1996
- Kunschbeck H.W., Korber J., Freyberger H.: Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother. Psychosom.*, 1990;54:110–116
- Meyers A., Walfish J.S., Sacher D.B.: Quality of life after surgery for Crohn's disease: a psychosocial study. *Gastroenterology*, 1980;78:1–6
- Tylka J.: Czynniki psychiczne w etiologii i rehabilitacji choroby niedokrwiennej serca. Instytut Kardiologii, Warszawa 1994
- Reykowski J.: Osobowość a trwały stres. W: Larkowa H. [red.]. Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1974
- Smith G.R., O'Rourke D.F.: Return to work after a first myocardial infarction. A test of multiple hypotheses. *JAMA*, 1988;259:1673–1694



27. Juczyński Z., Postołow-Majek E., Alwasiak B., Gawor E., Lao B., Rendecka A. i wsp.: Stan zdrowia a powrót do pracy zawodowej po przebytym zawale serca. *Pol. Tyg. Lek.*, 1987;42(23):699–702
28. Soejima Y., Steptoe A., Nozoe S., Tei C.: Psychosocial and clinical factors predicting resumption of work following acute myocardial infarction in Japanese men. *Int. J. Cardiol.*, 1999;72(1):39–47
29. Mende W.: Evaluating work capacity after myocardial infarction. *Versicherungsmedizin*, 1997;49(1):20–24
30. Freedland K.E., Carney R.M., Lustman P.J., Rich M.W., Jaffe A.S.: Major depression in coronary artery disease patients with and without a prior history of depression. *Psychosomatic Med.*, 1991;54(4):231–244
31. Carney R.M., Rich M.W., Freedland K.E., Saini J., teVelde A., Simeone C. et al.: Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosom. Medicine*, 1988;50(6):627–633
32. Frasure-Smith N., Lesperance F., Tatalajic M.: Depression following myocardial infarction: impact on 6 month survival. *JAMA*, 1993;270:1819–1825
33. Frasure-Smith N., Lesperance F.: Depression and other psychological risk following myocardial infarction. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2003;60(6):627–636
34. Crowe J.M., Runinos J., Ebbesen L.S., Oldridge N.B., Streiner D.L.: Anxiety and depression after acute myocardial infarction. *Heart Lung*, 1996;25:98–107
35. Seligman M.S.: *Optymizmu można się nauczyć*. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 1993
36. Ganster D.C., Victor B.: The impact of social support on mental and physical health. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1988;61:17–36
37. Włodarczyk D.: Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca. *Przegl. Psychol.*, 1999;42(4):95–113
38. Wrabec K., Parczewska T., Kusiak M., Chrząszcz H., Bartoszek L.: Podjęcie pracy po przebytym zawale serca a nawroty choroby i zgony w obserwacji wieloletniej. *Kardiolog. Pol.*, 1990;3(11):10–16
39. Petrie K.J., Weinman J., Sharpe N., Buckley J.: Role of patient's view of their illness in predicting return to work after myocardial infarction: Longitudinal study. *BMJ*, 1996;312(7040):1191–1194
40. Barwicka A.: VII Kongres Europejskiej Federacji Badawczej dla Rehabilitacji – Lublana 2004. *Prewencja Rehabilitacja*, 2004;3(5):4–8

