

Strokovni prispevek/Professional article

VPLIV TELESNIH, SOCIALNO-DEMOGRAFSKIH IN PSIHOLOŠKIH DEJAVNIKOV NA VRNITEV NA DELO PO AKUTNEM KORONARNEM SINDROMU

IMPACT OF PHYSICAL, SOCIODEMOGRAPHIC, AND PSYCHOLOGICAL FACTORS ON RETURN TO WORK AFTER ACUTE CORONARY SYNDROME

Jerneja Farkaš¹, Katja Černe¹, Mitja Lainščak², Irena Keber¹

¹ Klinični oddelek za žilne bolezni, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

² Interni oddelek, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Dr. Vrtnjaka 6, 9000 Murska Sobota

Prispelo 2005-06-20, sprejeto 2005-08-12; ZDRAV VESTN 2005; 74: 519-23

Ključne besede: akutni koronarni sindrom; vrnitev na delo; rehabilitacija; telesni dejavniki; socialno-demografski dejavniki; psihološki dejavniki

Izvilleček – Izhodišča. Podatkov o vrnitvi na delo bolnikov po akutnem koronarnem sindromu (AKS) v Sloveniji za zadnjih dvajset let nimamo. Z raziskavo smo želeli pri bolnikih po AKS oceniti vpliv telesnih, socialno-demografskih in psiholoških dejavnikov na vrnitev na delo.

Metode. V retrospektivno kohortno raziskavo smo zajeli 174 bolnikov z AKS, mlajših od 60 let, ki so bili pred AKS zaposleni polni delovni čas in med letoma 1999 in 2002 vključeni v ambulantni rehabilitacijski program. Demografske podatke ter podatke o zdravljenju in telesni zmogljivosti smo povzeli iz medicinske dokumentacije. Podatke o dejavnikih vračanja na delo smo pridobili z vprašalnikom, ki smo ga bolnikom poslali na dom.

Rezultati. Popolno izpolnjen vprašalnik je vrnilo 82 bolnikov, od katerih se je na delo vrnilo 58 (71%) bolnikov. Tisti, ki so se vrnili na delo, so imeli redkeje sladkorno bolezen (9% vs. 29%, $p = 0,02$), pogostejše so bili zdravljeni z acetilsalicilno kislino (79% vs. 50%, $p = 0,01$), imeli so večjo telesno zmogljivost pri obremenitvenem testiranju ob koncu rehabilitacije ($8,6 \pm 2,4$ MET vs. $7,4 \pm 1,9$ MET, $p = 0,03$), navajali so večjo zmogljivost za telesne obremenitve v vsakdanjem življenju (težke dejavnosti 60% vs. 25%, $p = 0,004$), bili so pogostejše deležni opore prijateljev (88% vs. 67%, $p = 0,02$) in sodelavcev (67% vs. 38%, $p = 0,01$), pogostejše so imeli veliko željo po vrnitvi na delo (50% vs. 25%, $p = 0,04$) in so pogostejše prejeli zdravniški nasvet o vrnitvi na delo (72% vs. 8%, $p < 0,001$). V modelu multiple logistične regresije sta vrnitev na delo napovedovala nasvet zdravnika (razmerje tveganj 63,9, 95-odstotni interval zaupanja 5,4 – 754, $p = 0,001$) in velika želja po vrnitvi na delo (razmerje tveganj 7,3, 95-odstotni interval zaupanja 1,1 – 49,5, $p = 0,04$).

Zaključki. Vrnitev na delo sta neodvisno napovedovala nasvet zdravnika o vrnitvi na delo in velika želja bolnika po vrnitvi na delo.

Key words: acute coronary syndrome; return to work; rehabilitation; physical factors; sociodemographic factors; psychological factors

Abstract – Background. In Slovenia there is a lack of data regarding the return to work for patients after acute coronary syndrome (ACS) for last two decades. We evaluated how return to work is affected by several physical, sociodemographic and psychological factors.

Methods. In retrospective cohort study we screened 174 patients, younger than 60 years and fully employed before the disease, who participated in out-patient rehabilitation programme between years 1999 and 2002. The data on clinical characteristics, the mode of treatment of ACS and exercise capacity were obtained from medical charts. The psychosocial factors and the data about working ability were compiled by structured questionnaire.

Results. Eighty-two patients returned complete questionnaire and 58 (71%) of them returned to work. The patients returned to work had less diabetes (9% vs. 29%, $p = 0,02$), were more frequently treated with acetylsalicylic acid (79% vs. 50%, $p = 0,01$), had higher exercise capacity after the rehabilitation ($8,6 \pm 2,4$ MET vs. $7,4 \pm 1,9$ MET, $p = 0,03$), and in everyday life (heavy activities 60% vs. 25%, $p = 0,004$), were more frequently supported by their friends (88% vs. 67%, $p = 0,02$) and co-workers (67% vs. 38%, $p = 0,01$), had greater desire to return to work (50% vs. 25%, $p = 0,04$) and were more often advised to return to work by the doctor (72% vs. 8%, $p < 0,001$). In multiple logistic regression model return to work was associated with doctor's advice (risk ratio 63.9, 95% confidence interval 5.4 – 754, $p = 0,001$) and great desire to return to work (risk ratio 7.3, 95% confidence interval 1.1 – 49.5, $p = 0,04$).

Conclusions. Doctor's advice and great desire to return to work were the most important predictors of return to work.

Uvod

Koronarna bolezen je v razvitih deželah eden najpogostejših vzrokov obolevnosti in umrljivosti prebivalstva ter je veliko gmotno breme družbe (1). Pomemben kazalec uspešnega okrevanja po akutnem miokardnem infarktu (AMI) je vrnitev bolnika na delo (2, 3). Raziskave iz tujine so pokazale, da se po AMI na delo vrne 62 do 92% bolnikov (2). Vrnitev na delo je bila odvisna od zdravstvenega stanja in psihosocialnih dejavnikov (2–6).

Dejavnike, ki vplivajo na vrnitev na delo po AMI, lahko razdelimo v tri večje skupine: telesni, socialno-demografski in psihološki dejavniki. Redkeje so se vračali na delo bolniki z obsežnejšim infarkt (2, 3, 7), z zapleti po AMI (aritmije, srčno popuščanje) in drugimi boleznimi v anamnezi (6). Bolniki, starejši od 60 let, so se redkeje vračali na delo kot mlajši bolniki (2). Nižji socialno-ekonomski status, nižjo stopnjo izobrazbe in opravljanje težkega fizičnega dela so povezovali s poznejšim vračanjem na delo (2, 8). Vrnitev na delo je bila pogostejša ob podpori družine ter predvsem spodbudi sodelavcev in delodajalca (5). AMI in hospitalizacija sprožita pri bolniku duševne spremembe. Ocenili so, da se je pri 17% bolnikov razvila hujša oblika depresije, 33% pa jih je kazalo le posamezne simptome depresije (9). Večina raziskav je pokazala, da je depresija pomemben napovedni dejavnik večje obolevnosti in umrljivosti po AMI (2, 9), kar pa ne velja za povezavo med simptomi depresije in delazmožnostjo. Pri motivaciji za delo so izredno pomembne tudi človekove predbolezenske osebnostne lastnosti (10). V večjem deležu so se na delo vračali ekstrovertirani bolniki v primerjavi z introvertiranimi ter tisti, ki jim je delo pomenilo veliko in so si bolj želeli vrnitve (3).

Večina študij iz tujine je pokazala, da zgolj telesna rehabilitacija minimalno poveča vrnitev bolnikov na delo. Obenem je znano, da se bolniki, vključeni v program celostne rehabilitacije, v večji meri vračajo na delo. Strukturiran telesni trening je le del programa celostne rehabilitacije, velik poudarek pa je namenjen nefarmakološkim ukrepom in izobraževanju o preprečljivih dejavnikih tveganja (2). Nadaljnji razvoj rehabilitacije po AMI bi tako moral enakovredno obravnavati psihološki in telesni vidik (6).

Zadnji podatki o vrnitvi bolnikov na delo po akutnem koronarnem sindromu (AKS) v Sloveniji so stari več kot dvajset let (8). Z raziskavo smo želeli oceniti vpliv telesnih, socialno-demografskih in psiholoških dejavnikov na vrnitev na delo bolnikov po AKS.

Metode

V retrospektivno kohortno raziskavo smo zajeli vse bolnike z AKS, ki so bili v času od 1.1.1999 do 31.12.2002 vključeni v ambulantni rehabilitacijski program za bolnike po AKS Kliničnega oddelka za žilne bolezni Kliničnega centra Ljubljana. Vključili smo le tiste bolnike, ki so bili ob AKS mlajši od 60 let in so bili pred tem zaposleni za polni delovni čas.

Iz medicinske dokumentacije bolnikov smo zbrali demografske podatke, podatke o vrsti akutnega koronarnega dogodka in dejavnikih tveganja, načinu zdravljenja AKS, farmakološkem zdravljenju in telesni zmogljivosti ob zaključeni rehabilitaciji. Septembra 2003 smo bolnikom na dom poslali vprašalnik, v katerega smo vključili vprašanja o dejavnikih, ki bi lahko vplivali na vračanje bolnikov na delo. Telesni dejavniki so bili zdravstveno stanje, telesna zmogljivost, trajanje odsotnosti z dela in ponovni napadi angine pectoris. Med socialno-demografske dejavnike smo uvrstili izobrazbo, obliko zaposlitve, zakonski stan, število ljudi, s katerimi bolnik živi, zaposlitev partnerja, oporo socialnega kroga in nasvet zdravnika. Psihološki dejavniki so bili zadovoljstvo in stres na delovnem mestu, želja po ponovni vrnitvi na delo in razpoloženje po AKS.

Protokol raziskave je odobrila Republiška komisija za medicinsko-etična vprašanja. Bolniki so sodelovanje v raziskavi potrdili s podpisom informiranega pristanka. Od 174 evidentiranih bolnikov jih je vprašalnik vrnilo 87, med njimi je bilo 5 vprašalnikov nepopolnih. Preostalih 82 bolnikov smo razdelili glede na to, ali so se na delo vrnili ali ne.

Spremenljivke, ki se razporejajo normalno, smo prikazali s srednjo vrednostjo in standardno deviacijo. Spremenljivke z nenormalno porazdelitvijo smo prikazali z mediano in razponom, vrednosti atributivnih spremenljivk pa z relativno frekvenco. Za testiranje numeričnih spremenljivk smo uporabili t-test za neodvisne vzorce, pri atributivnih spremenljivkah pa smo uporabili test hi-kvadrat. Povezavo med vrnitvijo na delo in različnimi dejavniki smo analizirali z univariantno metodo (ANOVA), za oceno vpliva različnih spremenljivk na vrnitev na delo smo oblikovali model multiple logistične regresije. Pri preizkušanju domnev smo vrednost $p < 0.05$ šteli kot statistično značilno. Podatke smo obdelali s programoma MicrosoftExcel 6.0 in SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc, 2001, ZDA).

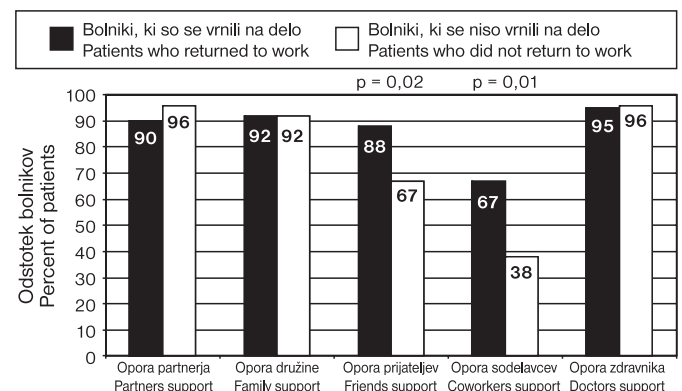
Rezultati

Skupina 82 bolnikov, ki so vrnili v celoti izpolnjeni vprašalnik, se po osnovnih demografskih značilnostih, dejavnikih tveganja za koronarno bolezen, obliki koronarne bolezni in zdravljenju ni razlikovala od celotne skupine 174 bolnikov.

Po zaključeni rehabilitaciji se je na delo vrnilo 58 bolnikov. Bolniki, ki so se vrnili na delo, so redkeje imeli sladkorno bolezen in bili pogostejše zdravljeni z acetilsalicilno kislino. Starost, spol, oblika koronarne bolezni, drugi dejavniki tveganja za koronarno bolezen in preostalo zdravljenje je bilo v obeh skupinah primerljivo (razpr. 1).

Pogostejše so se vrnili na delo bolniki, ki so zmogli večje obremenitve (razpr. 2). Bolniki, ki so se vrnili na delo, so po končani ambulantni rehabilitaciji med telesno obremenitvijo dosegli obremenitev $8,6 \pm 2,4$ MET, medtem ko so bolniki, ki se niso vrnili na delo, dosegli obremenitev $7,4 \pm 1,9$ MET ($p = 0,03$). Ponovne napade angine pectoris je imelo 33% bolnikov, ki so se vrnili na delo, in 46% bolnikov, ki se na delo niso vrnili.

Na delo so se v večji meri vračali tisti bolniki, ki so bili pred AKS zaposleni za polni delovni čas za nedoločen čas ($p = 0,01$). Med bolniki, ki so se vrnili na delo, se jih je 78% zaposlilo za polni delovni čas, 22% pa za polovični delovni čas. Večina



Sl. 1. Opora partnerja, družine, prijateljev, sodelavcev in zdravnika pri bolnikih, ki so se vrnili na delo, in tistih, ki se na delo niso vrnili.

Figure 1. Support of partner, family, friends, co-workers, and doctor in patients who returned to work and those who did not.

Razpr. 1. Značilnosti bolnikov, ki so se vrnili na delo, in bolnikov, ki se na delo niso vrnili. Rezultati so predstavljeni kot srednja vrednost $\pm$ standardna deviacija ali absolutna vrednost (odstotek).

Table 1. Characteristics of patients who returned to work and those, who did not. Results are presented as mean $\pm$ standard deviation or absolute value (percent).

	Bolniki, ki so se vrnili na delo Patients who returned to work (N = 58)	Bolniki, ki se niso vrnili na delo Patients who did not return to work (N = 24)	p
Moški Men	51 (88)	20 (83)	ns
Starost (leta) Age (years)	48,9 $\pm$ 4,7	49,4 $\pm$ 6,8	ns
Kajenje Smoking	44 (76)	17 (71)	ns
Arterijska hipertenzija Arterial hypertension	28 (48)	15 (63)	ns
Hiperlipidemija Hyperlipidemia	45 (78)	18 (75)	ns
Sladkorna bolezen Diabetes mellitus	5 (9)	7 (29)	0,02
Debelost Obesity	13 (22)	7 (29)	ns
Pozitivna družinska anamneza Positive family history	31 (53)	13 (54)	ns
Indeks telesne mase Body mass index	27,2 $\pm$ 4,9	27,9 $\pm$ 2,4	ns
Akutni miokardni infarkt Acute myocardial infarction	52 (90)	22 (92)	ns
Nestabilna angina pectoris Unstable angina pectoris	6 (10)	2 (8)	ns
Transmuradni infarkt Transmural infarction	12 (21)	4 (17)	ns
Invazivno zdravljenje Invasive treatment	39 (67)	16 (67)	ns
Neinvazivno zdravljenje Noninvasive treatment	19 (33)	8 (33)	ns
Zaviralci angiotenzinske konvertaze Angiotensin converting enzyme inhibitors	37 (64)	15 (63)	ns
Zaviralci beta adrenergičnih receptorjev Beta blockers	53 (91)	23 (96)	ns
Nitrati Nitrates	10 (17)	8 (33)	ns
Hipolipemiki Hypolipemics	54 (93)	22 (92)	ns
Acetilsalicilna kislina Acetylsalicylic acid	46 (79)	12 (50)	0,01
Klopidogrel Clopidogrel	8 (14)	5 (21)	ns

invazivno zdravljenje – perkutana transluminalna koronarna angioplastika z žilno opornico ali brez nje, premostitev koronarnih arterij; neinvazivno zdravljenje – tromboliza, konzervativno zdravljenje; ns – neznatna razlika

invasive treatment – percutaneous transluminal coronary angioplasty with or without stent, coronary artery bypass surgery; noninvasive treatment – thrombolysis, conservative treatment; ns – not significant

tistih, ki so se vrnili na delo (90%), se je zaposlila pri istem delodajalcu kot pred boleznijo. Od tega jih 69% opravlja enako delo, 31% pa jih je bilo premeščenih na drugo delovno mesto. Izobrazba, zakonski stan, število ljudi, s katerimi bolnik živi, in zaposlitev partnerja na vračanje na delo niso vplivali.

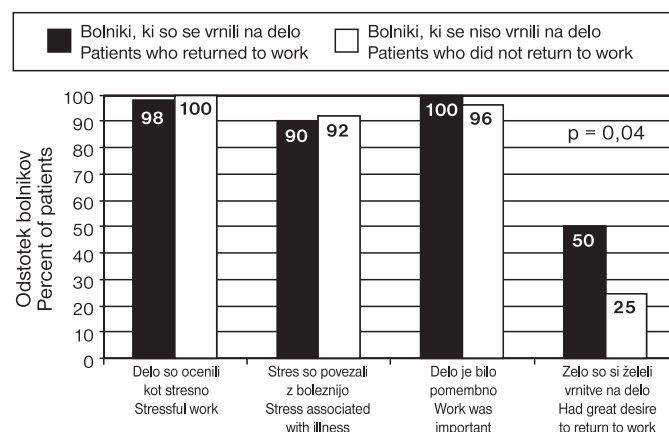
Razpr. 2. Telesna zmogljivost bolnikov, ki so se vrnili na delo, in tistih, ki se na delo niso vrnili. Rezultati so predstavljeni kot absolutna vrednost (odstotek).

Table 2. Physical fitness of patients who returned to work and those, who did not. Results are presented as absolute value (percent).

	Bolniki, ki so se vrnili na delo Patients who returned to work (N = 58)	Bolniki, ki se niso vrnili na delo Patients who did not return to work (N = 24)	p
Zmore težke dejavnosti (tek, dvigovanje težkih bremen, naporni športi) Capable of heavy activities (running, weight lifting, strenuous exercise)	35 (60)	6 (25)	0,004
Zmore hoditi več nadstropij visoko Capable of climbing several lifts of stairs	53 (91)	20 (83)	ns
Zmore hoditi v prvo nadstropje Capable of climbing to first floor	58 (100)	24 (100)	ns
Zmore nošenje vrečk po nakupih Capable of carrying bags	55 (95)	18 (75)	0,01
Zmore zmerne dejavnosti (sesanje, pospravljanje) Capable of moderate activities (house work)	56 (97)	21 (88)	ns
Zmore hoditi več kot 1500 m Capable of more walking than 1500 m	56 (97)	21 (88)	ns
Zmore hoditi od 100 do 500 m Capable of walking 100 to 500 m	58 (100)	23 (96)	ns

ns – neznatna razlika

ns – not significant



Sl. 2. Stres na delovnem mestu in želja po vrnitvi na delo pri bolnikih, ki so se vrnili na delo, in tistih, ki se na delo niso vrnili.

Figure 2. Working place stress and desire to return to work in patients who returned to work and those who did not.

Na vračanje na delo sta pomembno vplivali opora prijateljev ($p = 0,02$) in sodelavcev ($p = 0,01$). Glede opore partnerja, družine in zdravnika se skupini nista razlikovali (sl. 1). Med obema skupinama ni bilo pomembnih razlik glede dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo na delovnem mestu. Večina bolnikov iz obeh skupin je svoje delo ocenila kot stresno

in je stres povezala s svojo boleznijo. Več bolnikov, ki so se vrnili na delo, si je zelo želelo vrnitve na delo (sl. 2). Pri bolnikih iz obeh skupin nismo ugotovili razlik v pogostosti posameznih razpoložljivih stanj.

Vrnitev na delo je bila povezana z nasvetom zdravnika. Zdravnik je vrnitev na delo svetoval 72% bolnikom, ki so se vrnili na delo, in le 8% tistih, ki se na delo niso vrnili ($p < 0,001$). V skupini bolnikov, ki se niso vrnili na delo, je bil pri 79% razlog za to zdravstveno stanje. V univariantni analizi so na vrnitev na delo vplivali sladkorna bolezen, bolnikova telesna zmogljivost, antitrombotično zdravljenje, opora prijateljev, opora sodelavcev, zdravnikov nasvet za vrnitev na delo in bolnikova želja po vrnitvi na delo. V modelu multiple logistične regresije sta na vrnitev na delo pomembno vplivala nasvet zdravnika o vrnitvi na delo (razmerje tveganj 63,9, 95-odstotni interval zaupanja 5,4 – 754, $p = 0,001$) in velika želja po vrnitvi na delo (razmerje tveganj 7,3, 95-odstotni interval zaupanja 1,1 – 49,5, $p = 0,04$).

Razpravljanje

V naši raziskavi se je po AKS na delo vrnilo 71% bolnikov. Vračanje na delo je zapleten proces, ki ni odvisen zgolj od posameznega dejavnika. Rezultati naše raziskave kažejo, da gre za kombinacijo telesnih, socialno-demografskih in psiholoških dejavnikov, ki vplivajo na zdravnikov nasvet glede vrnitve na delo.

V skupini bolnikov, ki se ni vrnila na delo, smo zabeležili trend višje pogostosti večine dejavnikov tveganja za koronarno bolezen. Znano sladkorno bolezen je imelo več bolnikov, ki se niso vrnili na delo, kar bi zaradi prizadetosti tarčnih organov lahko prispevalo k zmanjšanju njihove delazmožnosti. Rezultati drugih raziskav kažejo, da imajo po AMI bolniki s sladkorno boleznijo slabšo kakovost življenja (11–13), kar prav tako lahko prispeva k zmanjšanju delazmožnosti. V naši raziskavi gre verjetno za slučajno najdbo, saj je motnja metabolizma glukoze prisotna pri več kot polovici bolnikov z AKS (14). Farmakološko zdravljenje bolnikov je bilo, razen predpisovanja acetilsalicilne kisline, v obeh skupinah bolnikov primerljivo. Acetilsalicilno kislino je prejelo manj bolnikov, ki se na delo niso vrnili, vendar je to verjetno naključna najdba, ki na vrnitev na delo ni mogla pomembno vplivati. Uporaba nitratov je bila v isti skupini bolnikov večja, kar je verjetno posledica večje pogostosti napadov angine pectoris in slabše telesne zmogljivosti. Bolniki, ki so se vrnili na delo, so po končani ambulantni rehabilitaciji na obremenitvenem testiranju dosegli višje stopnje obremenitve in pogostejše zmogli težke dejavnosti, medtem ko pri opravljanju vsakdanjih opravil in obremenitev ni bilo pomembnih razlik. Podobno je ugotovil že Mittag in sodelavci (6), saj je bil izvid obremenitvenega testiranja napovedni dejavnik vrnitve na delo.

Izmed socialno-demografskih dejavnikov in družinskih razmer je bilo vračanje na delo odvisno le od prejšnje polne zaposlitve za nedoločen čas, ni pa bilo povezave z izobrazbo, zakonskim stanom, številom oseb v gospodinjstvu ali partnerjevo zaposlitvijo, ki so jih v nekaterih prejšnjih raziskavah povezovali z vračanjem na delo (2). Za razliko od nekaterih prejšnjih raziskav (2, 3, 5, 6) nismo ugotovili nobene povezave med starostjo in vračanjem na delo. Slednje lahko pripišemo majhnemu vzorcu sorazmerno mladih bolnikov in pomembnejšemu vplivu drugih dejavnikov.

Oporo družine, partnerja in zdravnika je uživala velika večina vseh bolnikov. Prijatelji in sodelavci so nudili oporo večjemu deležu bolnikov, ki so se vrnili na delo. Podpora socialnega okolja pozitivno vpliva na vzpostavitev in ohranjanje novega življenjskega sloga, bolniku olajša opustitev nezdravih življenjskih navad (15) ter pripomore k hitrejšemu razreševanju morebitne depresije (9, 16, 17). Pozitivno naravnano in razumevajoče delovno okolje pa prispeva k večji motivirano-

sti bolnika za vrnitev na delo, kar so potrdili Cay in sodelavci (18). Naklonjenost sodelavcev k ponovnemu sprejemu bolnika v delovno okolje in njihova pomoč v procesu vračanja na delo tudi pomembno prispevata k dejanski vrnitvi na delo (5, 7). Urejeno domače in delovno okolje ni vedno dovolj za bolnikovo vrnitev na delo. Zelo pomemben je tudi bolnikov odnos do celostne socialne reintegracije, kar se večinoma kaže kot želja po vrnitvi na delo in vključitev v socialno in delovno okolje (6). Tudi v naši raziskavi se je kot izjemno pomemben dejavnik vračanja na delo pokazala bolnikova močna želja po vrnitvi na delo, ki je svojo napovedno vrednost ohranila tudi v modelu multiple logistične regresije.

Kot najpomembnejši kazalec vračanja na delo v modelu multiple logistične regresije se je izkazal nasvet zdravnika glede vrnitve na delo. Glede na boljšo telesno zmogljivost, manjšo pogostost napadov AP in nižjo stopnjo predpisovanja nitratov v skupini, ki se je vrnila na delo, se zdi, da je zdravnik vrnitev na delo svetoval manj prizadetim bolnikom. Tudi Mittag in sodelavci (6) so ugotovili, da se zdravnikova ocena bolnikove sposobnosti za delo dobro ujema z dejanskim vračanjem na delo. Obenem so ugotovili, da je bolnikova samocena lastne delazmožnosti dvakrat pomembneje vplivala na dejansko vrnitev na delo. Zdravnik namreč oblikuje svoj nasvet glede na stopnjo koronarne bolezni, splošno zdravstveno in duševno stanje bolnika, bolnik pa hkrati upošteva tudi zadovoljstvo in druge okoliščine na delovnem mestu, oporo socialnega kroga, pomen dela v življenju ter željo po vrnitvi na delo.

Bolniki z AKS imajo pogosto pridružene razpoložljive motnje, kot sta depresija (3, 7, 9, 18) ali anksioznost (19). Pogostost negativnih razpoložljivih stanj je bila od 7% (potrtost) do 26% (živčnost in utrujenost). Opazili smo splošen trend nižje pogostosti v skupini, ki se je vrnila na delo, vendar ni bilo jasne povezave med negativnimi razpoložljivimi stanji in vračanjem na delo. Rezultati drugih raziskav med znaki in simptomi depresije ter vračanjem na delo so si nasprotujoči (4, 20–26), zato zaenkrat ni enotnega stališča o pomembnosti odkrivanja in zdravljenja depresivnih motenj v povezavi z vračanjem na delo.

Nekatere rezultate naše raziskave moramo zaradi omejitev vrednotiti kritično. Sorazmerno majhno število bolnikov je lahko posledica retrospektivne zasnove raziskave, omejitve na ambulantno rehabilitirane bolnike in pošiljanja vprašalnika po pošti. Široki intervali zaupanja v modelu multiple logistične regresije so posledica majhnega vzorca, vendar smo pri analizi podatkov upoštevali vse omejitve za tovrstno analizo (27). Dodatno je k temu lahko prispevala izbrana populacija bolnikov, vključenih v program ambulantne rehabilitacije. Vrednost rezultatov, pridobljenih z vprašalnikom, je pogosto predmet pristranskosti s strani bolnikov. Znano je, da bolniki v pogovoru z zdravnikom ali ob izpolnjevanju vprašalnikov pogosto odgovarjajo na vprašanja tako, kot pričakujejo, da zdravnik želi (28).

Zaključki

Z našo raziskavo smo ugotovili, da se je po AKS na delo vrnilo 71% ambulantno rehabilitiranih bolnikov. Vrnitev na delo je bila povezana s telesnimi, socialno-demografskimi in psihološkimi dejavniki, izmed katerih je bila najpomembnejša močna bolnikova želja po vrnitvi na delo. Vsi dejavniki so se odsliskavali v zdravnikovem nasvetu, ki je bil najbolj povezan z vrnitvijo bolnika na delo.

Literatura

1. King KM, Humen DP, Smith HL, Phan CL, Teo KK. Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance. *Heart* 2001; 85: 290–4.

2. Shanfield SB. Return to work after an acute myocardial infarction: a review. *Heart Lung* 1990; 19: 109–17.
3. 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: 39–47.
4. Smith GR, O'Rourke DF. Return to work after a first myocardial infarction: a test of multiple hypotheses. *J Am Med Assoc* 1988; 259: 1673–7.
5. Boudrez H, De Backer G, Comhaire B. Return to work after myocardial infarction: results of a longitudinal population based study. *Eur Heart J* 1994; 15: 32–6.
6. Mittag O, Kolenda KD, Nordmann KJ, Bernien J, Maurischat C. Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1441–50.
7. Rost K, Smith GR. Return to work after an initial myocardial infarction and subsequent emotional distress. *Arch Intern Med* 1992; 152: 381–5.
8. Keber I. Hemodinamske, metabolične in hemostatske spremembe pri bolnikih v rekonvalescenci po srčnem infarktu [doktorsko delo]. Ljubljana: Univerza Edvarda Kardelja v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 1989.
9. Ziegelstein RC. Depression in patients recovering from a myocardial infarction. *JAMA* 2001; 286: 1621–7.
10. Tomori M, Zihel S, eds. Psihijatrija. 1. izdaja. Ljubljana: Litterapicta; 1999.
11. Bourdel-Marchasson I, Dubroca B, Manciet G, Decamps A, Emerian JP, Dartigues JF. Prevalence of diabetes and effect on quality of life in older French living in the community: the PAQUID epidemiological survey. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 295–301.
12. Klein BEK, Klein R, Moss SE. Self-rated health and diabetes of long duration. *Diabetes Care* 1998; 21: 236–40.
13. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, et al. Functional status and wellbeing of patients with chronic conditions: results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989; 262: 907–13.
14. Bartnik M, Ryden L, Ferrari R, Malmberg K, Pyörälä K, Simoons M, et al. The prevalence of abnormal glucose regulation in patients with coronary artery disease across Europe. The Euro Heart Survey on diabetes and the heart. *Eur Heart J* 2004; 25: 1880–90.
15. Mermelstein R, Cohen S, Lichtenstein E, Baer JS, Kamarck T. Social support and smoking cessation and maintenance. *J Consult Clin Psychol* 1986; 4: 447–53.
16. Fontana AF, Kerns RD, Rosenberg RL, Colonese KL. Support, stress and recovery from coronary heart disease: a longitudinal causal model. *Health Psychol* 1989; 8: 175–93.
17. Cay EL, Walker DD. Psychological factors and return to work. *Eur Heart J* 1988; 9 Suppl L: 74–81.
18. Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA, Slater WR, Kahn M, Goslin R, et al. The nature and course of depression following myocardial infarction. *Arch Intern Med* 1989; 49: 1785–9.
19. Van Jaarsveld CHM, Sanderman R, Miedema I, Ranchor AV, Kempen GJM. Changes in health-related quality of life in older patients with acute myocardial infarction or congestive heart failure: a prospective study. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1052–8.
20. Cay EL, Vetter N, Philip A, Dugard P. Return to work after a heart attack. *J Psychosom Res* 1973; 17: 231–34.
21. Burgess AW, Lerner DJ, D'Agostino RB. A randomized control trial of cardiac rehabilitation. *Soc Sci Med* 1987; 24: 359–70.
22. Walling A, Tremblay GJ, Jobin J. Evaluating the rehabilitation potential of a large population of post-myocardial infarction patients: adverse prognosis for women. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 1988; 8: 99–106.
23. Maeland JG, Havik OE. Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction. *J Psychosom Res* 1987; 31: 471–81.
24. Guiry E, Conroy RM, Hickey N, Mulcahy R. Psychological response to an acute coronary event and its effect on subsequent rehabilitation and lifestyle change. *Clin Cardiol* 1987; 10: 256–60.
25. Mayou R. Prediction of emotional and social outcome after a heart attack. *J Psychosom Res* 1984; 28: 17–25.
26. Trelawny-Ross C, Russel O. Social and psychological responses to myocardial infarction: multiple determinants of outcome at six months. *J Psychosom Res* 1987; 31: 125–30.
27. Altman DG. Relation between several variables. In: Altman DG. *Practical statistics for medical research*. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC; 1999. p. 325–64.
28. Krosnick JA. Survey research. *Annu Rev Psychol* 1999; 50: 537–67.

V tej številki so sodelovali:

prof. dr. Tadej Bajd, univ. dipl. inž. el., Fakulteta za elektrotehniko, Ljubljana
 Mojca Baloh-Grošelj, dr. dent. med., Otroško zobozdravstvo, Zdravstveni dom Trbovlje
 Katja Černe, dr. med., Klinični oddelek za žilne bolezni, Klinični center Ljubljana
 Jerneja Farkaš, dr. med., Oddelek za žilne bolezni, Klinični center Ljubljana
 prim. Jože Felc, dr. med., specialist nevropsihiater, Psihiatrična bolnišnica Idrija
 dr. Nika Goljar, dr. med., Inštitut za rehabilitacijo Republike Slovenije, Ljubljana
 prof. dr. Irena Keber, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za žilne bolezni, Klinični center Ljubljana
 Silvester Kopriva, dr. med., specialist pediater, Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana

Gregorij Kurillo, univ. dipl. inž. el., Fakulteta za elektrotehniko, Ljubljana
 asist. dr. Mitja Lainščak, dr. med., specialist internist, Interni oddelek, Splošna bolnišnica Murska Sobota
 prim. Bogdan Leskovic, dr. med., specialist internist, Ljubljana
 prof. dr. David Neubauer, dr. med., specialist pediater, Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana
 doc. dr. Zdenka Ovčak, dr. med., specialistka patologinja, Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta Ljubljana
 doc. dr. Dušica Pahor, dr. med., specialistka oftalmologinja, Oddelek za očne bolezni, Splošna bolnišnica Maribor
 Samo Stadler, dr. med., Medicinska fakulteta Ljubljana
 mag. Darja Škrila, univ. dipl. psih., Oddelek za psihiatrijo, Splošna bolnišnica Maribor
 Nataša Toplak, dr. med., specialistka pediatrija, Otroški oddelek, Splošna bolnišnica Trbovlje