

Reaktioner på ett hjärtinsjuknande hos tjänstemän ("white collar") och arbetare ("blue collar")

Thomas P Hackett

Ned H Cassem

Thomas P Hackett och Ned H Cassem är psykiatriker vid Massachusetts General Hospital. De har i många år varit verksamma inom psykosomatisk forskning och då särskilt inom hjärtinfarktens problematik. I denna undersökning redovisar de resultaten från en studie över medelålders människors psykologiska reaktioner under akutskedet av en hjärtinfarkt. Särskilt intresse ägnas skillnaden mellan arbetares och tjänstemäns sätt att reagera och dessa resp grupperns sätt att kommunicera med vårdpersonalen.

Föreliggande artikel utgör en översättning från engelskan ur Journal of Psychosomatic Research, band 20, sid 85–95, 1976. Vissa förkortningar har gjorts i metod- och resultatavsnitten.

INTRODUKTION

Trots att individuell anpassning till den psykologiska påfrestande vid inläggning på sjukhus för akut hjärtinfarkt har studerats tidigare (Hackett och andra 1968, Cassem och Hackett 1971, Dominion och Dobson 1969, Cay 1972) har effekten av sociala och omgivningsbetingade faktorer på denna anpassning ägnats mycket litet uppmärksamhet. När man ser den rikhaltiga epidemiologiska litteratur (Jenkins 1971) som relaterar psykosociala faktorer till *utvecklingen* av kranskärslssjukdom är det förvånande att endast finna *en* studie som specifikt har behandlat effekten av socialgrupp på sjukdomsanpassningen hos patienter intagna för hjärtinfarkt (Rosén och Bibring 1966). Rosén och Bibring påvisade skillnader mellan arbetare och tjänstemän när det gäller de psykologiska reaktionerna på ett insjuknande i en första hjärtinfarkt. Tjänstemännen var ängsliga

och i behov av uppmuntran men misstänksamma mot den uppmuntran som gavs. Dessutom visade sig deras grubblande över den osäkra framtiden i den tvivlande och ängsliga attityd med vilken de konfronterade vårdteamet.

Arbetarna å den andra sidan förnekade effektivt sin rädsla, visade inga yttre tecken på ångest och litade på att de skulle bli friska. Först när arbetaren upplevde en andra hjärtinfarkt kom hans psykologiska reaktion att påminna om tjänstemännens. Man fann också att patienterna i 50-årsåldern oftare hade yttre tecken på depression än patienter i övriga åldersgrupper.

I tidigare icke publicerade arbeten hade vi funnit data som bestred Roséns och Bibrings resultat. Därför gjorde vi nu ytterligare studier för att fastställa effekten av socialgruppstillhörighet på den psykologiska reaktionen på en hjärtinfarkt. Om det skulle finnas en tydlig skillnad mellan dessa två grupper av patienter ansåg vi det nödvändigt att bestämma huruvida denna skillnad betingades enbart av omgivningsfaktorer *före* insjuknandet eller delvis kunde framkallas av eventuella skillnader i den behandling som de två grupperna fick. Vi hoppades härigenom klarlägga vissa aspekter av den störande möjligheten att olika vård kanske gavs.

Som ett led i en pågående studie över de psykologiska problemen hos kranskärslssjuka patienter hade vi undersökt två olika akutvårdsenheter för hjärtinfarktpatienter vid Massachusetts General Hospital.

...effekten av sociala och omgivningsbetingade faktorer på denna anpassning ägnats mycket litet uppmärksamhet.

Eftersom dessa enheter inkluderade patienter från starkt varierande utbildningsmässig och yrkesmässig bakgrund hade vi en utomordentlig möjlighet att jämföra de psykologiska reaktionerna hos patienter med olika social bakgrund.

METODER OCH MATERIAL

87 patienter ingick i undersökningsgruppen. De varierade i ålder från 29 till 80 med en medelålder på 57,9 och en medianålder på 58. 62 män och 25 kvinnor ingick. Alla togs in med diagnos säkerställd eller misstänkt hjärtinfarkt. 37 patienter vårdades på en öppen 4-sängs intensivvårdsenhet för hjärtinfarkter. 50 privatpatienter lades in på den "privata" hjärtinfarktavdelningen. Den senare bestod av sex isoleringsrum med en övervakningscentral.

Villigheten att medverka och möjlighet att kommunicera språkmässigt utgjorde selektions-kriterier. Undersökarna träffade varje patient inom 24 timmar efter intagnigen. Vi presenterade oss som forskningsläkare och bad patienten svara på frågor om upplevelsen av intensivvård. Endast en patient vägrade att delta. Intervjuerna varade från fem min. till en tim, beroende på patientens hälsotillstånd och förmåga att delta. Varje patient observerades av oss mellan 3 och 10 gånger under sjukhusvistelsen. Antalet besök var en funktion av den tid som erfordrades för ifyllandet av vårt dataformulär. Frågorna ställdes i anslutning till sjukdomens olika faser.

Begreppet "arbetare" (eng blue collar) och "tjänstemän" (eng white collar) är allmänt begagnade och accepterade i USA. I föreliggande studie valde vi att skilja på "arbetare" och "tjänstemän" med hjälp av följande två kriterier:

Socioekonomisk "poäng"

Detta är en kontinuerlig numerisk variabel som är härledd ur 1960 års folkbokföringsregister och innehåller vägda andelspoäng baserade på yrke, utbildning och inkomst (United States Bureau of the Census 1963). När detta var tillämpligt användes den som en linjär variabel i kvantitativa jämförelser med linjära variabler. Då stratifiering var nödvändig för X^2 -jämförelser med icke-kontinuerliga svar

Sålunda kan de två jämförelsegrunderna ge en idé om vilka tendenser som betingas av socialgruppstillhörighet som sådan och vilka som betingas av vården.

valdes 3 nivåer: De som hade 70 "poäng" eller mindre (36 patienter), de som hade mellan 71 och 90 (36 patienter) och de som hade mellan 91 och 99 (15 patienter). I den första gruppen fanns arbetare och i den sista akademiker och högre tjänstemän. I mellangruppen fanns individer med små företag, lägre tjänstemän och "småbönder".

Avdelning – "allmän" och "privat" intensivvårdsenhet för hjärtinfarkter

Sambandet mellan socioekonomisk "poäng" och avdelning var starkt signifikant ($p < 0,001$).

Man kan betrakta den socioekonomiska "poängen" som ett mått på socioekonomiska skillnader oberoende av sjukhusvården medan skillnader som föreligger *enbart* mellan de två avdelningsgrupperna kan vara betingade av de olika vårdsituationerna. Sålunda kan de två jämförelsegrunderna ge en idé om vilka tendenser som betingas av socialgruppstillhörighet som sådan och vilka som betingas av vården.

RESULTAT

Allmänna karakteristika hos grupperna.

De tre socioekonomiska "poäng"-grupperna och de två avdelningsgrupperna jämfördes med avseende på ålder, kön, civilstånd, antal tidigare infarkter, slutdiagnos infarkt eller ej. Peels prognostiska poäng (Peel 1962) som är en sammanfattning av sjukdomens kroppsliga skadeverkning, fördröjning med hjälpsökande åtgärder vid insjuknandet, antal allvarliga komplikationer (arytmi, lågt blodtryck, hjärtsvikt) och överlevnad. Inga statistiskt säkerställda skillnader fanns beträffande dessa variabler mellan grupperna. *Tabell 1* sammanfattar dessa jämförelser.

Fastän nästan dubbelt så många patienter med den lägsta socioekonomiska poängen angav sig ha haft en eller flera tidigare hjärtinfarkter (42 % mot

Tabell 1. Jämförelse av 87 patienter med akut coronarinsufficiens grupperade med avseende på socioekonomiska variabler.

Jämförande variabler	Socioekonomiska variabler USBC socioekonomisk "poäng" (yrkesgruppering)				Avdelning			
	n	70 36	71–90 36	91– 15	p	allmän 37	privat 50	p
1) Ålder (medeltal)		57,9±11,2	56,3±10,5	56,8±12,2	>0,5	56,8±9,9	57,3±12,0	>0,5
2) Kön (procent manliga)	72		64	87	0,258	70	72	>0,5
3) Civilstånd (procent)								
ogift	11	11	7	}	11	10	}	>0,5
gift (motsv)	64	75	87		68	76		
fränskild	6	6	0		3	6		
änkling	17	8	7		16	8		
4) Tidigare infarkt (procent)								
en	39	17	20	}	35	20	}	0,230
två eller flera	3	6	0		0	6		
5) Slutdiagnos infarkt (procent)	64	75	73	>0,5	65	74	>0,5	
6) Peel "poäng" (medeltal)	9,8±4,7	10,4±4,6	8,7±4,5	>0,5	9,6±5,2	10,1±4,2	0,5	
7) Antal dagar intensiv- vård (medeltal)	4,9±2,5	7,0±3,0	6,0±2,2	0,005**	5,1±2,6	6,6±2,8	0,021*	
8) Antal dagar sjukhus- vård (medeltal)	18,6±8,0	21,8±8,1	20,5±7,8	0,257	18,4±7,7	21,6±8,3	0,071	
9) Fördröjning (symptom- åtgärd) (procent)								
1 tim	24	17	27	}	22	22	}	>0,5
1–5 tim	89	47	20		41	37		
5–12 tim	12	10	20		9	15		
12 tim	24	27	33		28	26		
10) Svåra komplikatio- ner (antal, medeltal)	1,2±1,0	1,4±1,3	1,8±1,1	0,346	1,2±1,1	1,5±1,2	0,431	
11) Mortalitet (procent)	2	1	0	>0,5	3	0	0,440	

Infarktens somatiska svårighetsgrad

* p<0,05

** p<0,01

23 och 20%, respektive) var denna skillnad icke signifikant. Gruppen med den lägsta socioekonomiska poängen skrevs ut från intensivvårdsenheten i genomsnitt 1,5 dagar tidigare än de övriga. Det fanns också en tendens (p = 0,071) för patienterna på den allmänna avdelningen att vara intagna en kortare tid på sjukhuset (den genomsnittliga skillnaden nästan 3 dagar). Undergrupper togs ut med patienter i olika socioekonomiska kategorier med jämförbar sjukdomssvårighetsgrad för att man skulle se att organiska faktorer ej låg bakom denna observation.

Reaktioner i intensivvårdsenheten

Reaktionerna hos patienterna på olika aspekter av sjukdomen och behandlingsmiljön framgår av tabell 2.

a) Miljö

Den fysiska miljön i de två enheterna var helt olika. Den allmänna 4-bäddsenheten var full av folk och och trist och tillät ingen avskildhet. Den privata enheten var rymlig och välupplust och tillät fullständig enskildhet. Trots dessa olikheter förelåg en anmärkningsvärd brist på klagomål. I de få fall då

Tabell 2. Samband mellan socioekonomiska variabler och reaktioner på akut kranskärslssjukdom hos 87 patienter
Socioekonomiska variabler.

Reaktioner (%)	Socioekonomisk "poäng" (yrkesgruppering)				Avdelning allmän privat			Procent av alla patienter
	n	36	36	15	p	37	50	
Klagomål över avdelnings- omgivningen								
1) Dåliga fönster	9	6	0	0,483	14	0	0,006**	6,0
2) Dålig utsikt	3	6	0	> 0,5	9	0	0,037*	3,6
3) Trångt på avdelningen	12	9	3	> 0,5	16	2	0,001***	10,8
Övervakning								
4) Utrustningen skrämmande	24	18	8	0,430	29	12	0,033*	19,0
5) Oroad över EKG- komplexen	35	29	0	0,061	52	7	<0,001***	27,0
6) Oroad över extraslag	39	19	7	0,034*	48	8	<0,001***	25,3
7) Kände till avsikten med övervakning	33	61	80	0,008**	33	65	0,008**	53,9
8) Visste hur apparaturen fungerade	33	53	93	0,016*	35	63	0,047*	51,2
9) Oroad över att det skulle bli fel	12	13	13	> 0,5	17	11	0,279	13,0
Vård								
10) Bedömde läkarvården som utmärkt	100	94	100	0,232	94	100	> 0,5	97,6
11) Klagomål över en sköterska	18	9	7	0,400	20	6	0,053	11,9
12) Hölls vaken av överv. signaler	36	22	20	0,389	39	19	0,057	26,7
13) Kände till vad läkaren hette	81	92	100	0,104	76	98	0,001***	88,5
Psykiska faktorer								
14) Tänkte på döden	69	76	71	> 0,5	64	79	0,120	72,6
15) Var rädd för döden	15	36	21	0,131	19	29	0,292	25,0
16) Berättade om drömmar	14	31	50	0,032*	14	37	0,009**	27,4
17) Ängstbedömning:								
Ingen	8	8	20	> 0,5	5	14	0,338	10,3
Måttlig	39	42	33		38	40		39,1
Påtaglig	47	44	47		49	44		46,1
Allvarlig	6	6	0		8	2		4,6
18) Depression:								
Ingen	25	19	27	> 0,5	19	26	0,201	23,0
Måttlig	33	36	40		35	36		35,6
Påtaglig	33	36	33		32	36		34,5
Allvarlig	8	8	20		14	2		6,9
19) Felaktig uppfattning om "stressens" roll	37	30	0	0,298	47	13	0,007**	29,5
20) Tyckte om att bli matad?								
Nej	15	7	8	> 0,5	8	12	0,004**	10,4
Ja	19	24	25		0	36		22,4
21) Regressivt beteende	14	8	0	0,286	22	0	0,001***	9,2

Tabell 2. Samband mellan socioekonomiska variabler och reaktioner på akut kranskärlssjukdom hos 87 patienter
Socioekonomiska variabler.

Reaktioner (%)	Socioekonomisk "poäng"				Avdelning			Procent av alla patienter
	(yrkesgruppering)				allmän	privat		
	-70	-71-90	91-	p			p	
n	36	36	15		37	50		
<i>Medicinering</i>								
22) Otillräcklig smärt- lindring	8	6	7	> 0,5	11	4	0,225	7,0
23) Otillräcklig lugnande medicin	31	36	20	> 0,5	39	26	0,204	31,4
24) Otillräcklig sömn- medicinering	29	22	7	0,232	33	14	0,033*	22,1
25) Ingen lugnande medicin- förskrivn vid utskrivningen	74	65	64	> 0,5	72	66	> 0,5	68,4
26) Ingen sömnmedicinering föreskriven vid utskrivningen	74	68	64	0,139	88	57	<0,001	69,6
<i>Kunskap om hjärtinfarkt</i>								
27) Rätt kunskap om infarkt	13	23	55	0,094	10	36	0,089	24,7
28) Rätt kunskap om läkning	9	23	64	0,004**	3	38	0,004**	23,3
<i>Andra reaktioner</i>								
29) Undvek frågor om restri- ktioner i framtiden	60	42	17	0,045*	71	28	0,001***	44,4
30) Förnekande:								
Obetydligt	3	11	0	0,139	8	4	0,065	5,7
Måttligt	28	17	33		24	26		24,1
Påtagligt	36	58	47		32	35		47,1
Uttalat	33	14	20		35	18		23,0

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

klagomål uttrycktes gällde detta alltid brist på fönster, dålig belysning eller de trånga utrymmena på den allmänna avdelningen. Dessa kritiska anmärkningar hade alldeles klart att göra med den yttre omgivningen snarare än med socioekonomiska gruppskillnader.

b) EKG-övervakning

Övervakningsskärmen stod på en hylla ovanför och bakom patientens huvud på båda avdelningarna. På den allmänna avdelningen kunde patienterna emellertid iakttä grannens övervakningsskärm. Det förelåg dock inga signifikanta skillnader i de båda avdelningsgruppernas reaktioner på närvaron av en övervakningsskärm. Däremot, ju högre patienten befann

sig på den socioekonomiska rangskalan, desto mindre oroad var han/hon för variationer i EKG-kurvans utseende på skärmen. Helt i linje med detta var att det fanns en signifikant relation mellan socioekonomiska faktorer och patientens kunskap om övervakningen. Oberoende av vilken avdelning de var intagna på hade patienter i högre socialgrupper kunskap om att övervakningsskärmen registrerade pulsfrekvens och/eller om gränser som gällde för frekvenserna.

De flesta patienter tycktes anse EKG-övervakningen ofelbar. Följaktligen fanns inget samband mellan socioekonomiska faktorer och rädsla för övervakningsfel. Detta implicita förtroende var ett tvåeggat svärd för arbetarna eftersom det fanns en

Oberoende av vilken avdelning de var intagna på hade patienten i högre socialgrupp mera kunskap om att övervakningsskärmen registrerade pulsfrekvens och/eller om gränser som gällde för frekvenserna.

tendens hos dem att skylla på hjärtat snarare än på maskinen när kurvans utseende ändrade form ($p = 0,107$). Då vi undersökte de tre socioekonomiska kategorierna fann vi att 43 % i kategorin med poäng ≤ 70 skyllde på hjärtat snarare än apparaten vid ändring i kurvans form medan detta endast gällde 7 % av dem med poäng > 90 .

c) Sjukvårdspersonal

De enda två patienter som inte klassificerade läkavården som "utmärkt" använde kategorin "god". Båda var intagna på den allmänna avdelningen och i mittkategorin på socioekonomiska rangskalan. Det enhetliga prisandet av vården är särskilt slående i belysningen av den ringa uträkning i vilken patienterna på den allmänna avdelningen kom ihåg namnet på sin läkare (24 % kände inte till läkarens namn). Förnöjsamheten med vården innefattade även sköterskevården. Få patienter (4,9 %) hade något negativt att säga om sköterskorna. Båda dessa skillnader betingades av skillnader mellan avdelningarna snarare än av socialgruppstillhörighet.

d) Tanken på och rädslan för döden

Medan 61 av 84 patienter erkände att de tänkte på döden under den akuta fasen av sin sjukdom tillstod endast 20 att möjligheten att de kunde dö skrämde dem. Det fanns inget samband mellan socioekonomisk grupptillhörighet och någon av dessa variabler.

e) Sinnesstämning

1) Ångest klassificerades i fyra grupper: 4 patienter bedömdes kliniskt ha *allvarlig*, 40 *påtaglig*, 34 *måttlig* och 9 *ingen* ångest. Ångestklassifikationen hade inget samband med socialgruppstillhörighet eller med vilken avdelning patienten vårdades på. Ej heller hade ångestklassifikationen samband med om

patienten tidigare genomgått en hjärtinfarkt.

2) *Depression*. Av 87 patienter bedömdes 6 kliniskt vara *allvarligt*, 30 *påtagligt*, 31 *måttligt*, 20 ej deprimerade. Det fanns inga statistiska samband mellan socialgruppstillhörighet och/eller vilken avdelning patienten vårdades på å ena sidan och depression å den andra. Depressionsbedömningen hade inget statistiskt samband med åldersfaktorn.

f) Medicinering

1) *Narkotika*. Sex av 87 patienter fick enligt vår åsikt ej tillräcklig smärtstillande medicinering. Detta innebar att de fick mindre narkotika än vad som i regel ges och att de som följt härav klagade över smärta. Det fanns inget statistiskt samband mellan "för litet narkotika" och de socioekonomiska variablerna.

2) *Lugnande medel*. 27 av 87 patienter bedömdes ha fått för litet ångestdämpande medel. Detta innebar att den givna mängden lugnande medel var lägre än den som brukade ges på avdelningen. Som följt härav klagade patienten över att han kände sig spänd eller gav intryck av att vara skrämmd. Lugnande medel var ej kontraindicerade av medicinska skäl i något av de studerade fallen. Det fanns inget samband mellan sådan "under-medikation" och de socioekonomiska variablerna.

3) *Sömnmedel*. 19 av de 86 patienterna fick för litet sömnmedel. En patient bedömdes ha fått för litet sömnmedel när lägre dos sömnmedel använts än vad som givits i flertalet fall på avdelningen och när patienten klagade över sömnsvärigheter två nätter i följd. För variabeln "för litet sömnmedel" fanns en statistisk skillnad mellan den allmänna och den privata avdelningen. 33 % på den allmänna och 14 % på den privata avdelningen bedömdes höra till denna kategori ($p = 0,033$).

g) Förnekande

Denna försvarsmekanism definieras som det med-

33 % på den allmänna och 14 % på den privata avdelningen bedömdes höra till gruppen som fått för litet sömnmedel.

vetna eller omedvetna tillbakavisandet av en del eller hela sannolikheten att en händelse skall leda till rädsla, ångslan eller andra obehagliga sinnestämningar (Weisman och Hackett 1961). Det är enligt vår åsikt den vanligaste försvarsmekanismen hos patienter som vårdas på en hjärtinfarktavdelning. En klinisk bedömning av graden av förnekande gjordes. Av de 87 patienterna klassificerades 20 som *uttalade*, 41 som *påtagliga*, 21 som *måttliga* och 5 som *obetydliga* förnekare. Det fanns inget statistiskt samband mellan socioekonomisk grupp och användandet av förnekande. När avdelningarna jämfördes fann man att en tendens förelåg hos patienterna på privatavdelningen att ha mindre uttalat förnekande ($p = 0,065$).

h) Reaktion på ökat beroende

Några restriktioner (såsom att matas, badas och rakas av sköterskorna) försätter infarktpatienten i ett ovant beroendeförhållande. 67 patienter tillfrågades om sin reaktion på detta. Sju sade att de ogillade det, 15 att de tyckte om det, och de övriga hade ingen åsikt. Som framgår av tabell 2 var dessa svar ej beroende av socioekonomisk "poäng" men däremot av vilken avdelningstyp patienten var intagen på. Inga patienter på allmän avdelning uppskattade restriktionerna medan 36 % av patienterna på privatavdelningen gjorde så.

Regressivt beteende registrerades då patienterna i mer än 24 timmar i sträck betedde sig som ett litet barn (tex låg i fosterställning, vägrade tvätta sig eller äta eller med vett och vilja urinerade eller defekterade i sängen). Detta beteende hade mera med vilken avdelning patienten vårdades på än vilken socioekonomisk "poäng" han/hon hade. Fastän det var sällsynt (9,2 %) förekom alla åtta fallen på den allmänna avdelningen.

i) Begrepp om infarkt och läkning

Patienterna uppmanades tala om vad en hjärtinfarkt är och vad hjärtat gör för att läka den. Svaren klassificerades i fyra grupper:

1) *Specifik*. Patienten hade kunskaper om kranskärlsförträngning, förstörelse av hjärtmuskel med ersättning av ärrvävnad etc.

=====

Kunskapen om läkningsprocessen var signifikant bättre i de högre socialgrupperna.

=====

2) *Partiell*. Blandning av korrekta svar och missuppfattningar.

3) *Noll eller inget begrepp*.

4) *Feluppfattning*.

De specifika svaren tenderade att vara vanligare i högre socialgrupp, men sambandet var inte signifikant ($p = 0,094$ för socioekonomisk "poäng" och $p = 0,089$ för allmän—privat avdelning). Kunskapen om *läkningsprocessen* var däremot signifikant bättre i de högre socialgrupperna, och det gällde båda jämförelserna. Endast *en* patient på den allmänna avdelningen jämfört med 16/42 på den privata hade specifik kunskap om läkningsprocessen. Tjänstemannen tycktes alltså ha bättre kunskap om *läkning* än arbetaren. Det är egendomligt och olyckligt att den senares kunskap om förstörelse är bättre än hans kunskap om läkning.

Vid utskrivning

Vid tiden för utskrivningen förelåg två signifikanta skillnader mellan arbetare och tjänstemän. Den ena hade att göra med medicinering och den andra med det sätt på vilket patienterna rådfrågade sina läkare om framtida aktiviteter.

a) Medicinering

1) *Lugnande medel*. 28 av 87 patienter utskrevs med ordination att ta lugnande medel. Det fanns inget samband mellan sådan ordination å ena sidan och socioekonomisk "poäng" eller avdelning (allmän—privat) å den andra.

2) *Sömnmedel*. Allmän—privat avdelning men ej socioekonomisk grupp som sådan hade statistiskt samband med ordination av sömnmedel vid utskrivningen. Endast en patient från den allmänna avdelningen jämfört med 27 av 47 patienter från privatavdelningen skrevs ut med sömnmedel.

b) Aktiviteten

Av 63 tillfrågade patienter var det 35 som frågade sin läkare om vilka aktiviteter som var tillåtna när

=====

Patienter med lägre socioekonomisk status undvek signifikant oftare än de övriga att ställa frågor om vilka aktiviteter som var tillåtna när de kom hem.

=====

de kom hem. 28 undvek att ställa sådana frågor. Patienter med lägre socioekonomisk status (såväl patienterna på allmän avdelning som de med låg socioekonomisk "poäng") undvek signifikant oftare än de övriga att ställa sådana frågor.

DISKUSSION

I föreliggande studie försökte vi att analysera inflytandet av socialgruppstillhörighet för sig och vården på privat-allmän avdelning för sig. Skillnader i svarsmönster kan också betingas av olikheter i ålder, kön och sjukdomsgrad. Lyckligtvis var grupperna i den här studien jämförbara i dessa avseenden.

Fördröjningen i tiden att söka hjälp för symptomen vid hjärtinfarkt fördelade sig lika mellan tjänstemän och arbetare. Utbildning garanterade ej att patienten sökte hjälp snabbare då symptomen debuterade.

Den kortare vårdtiden på den allmänna avdelningen berodde förmodligen på att det bara fanns fyra bäddar på den allmänna avdelningen (mot sex på den privata). Eftersom den allmänna avdelningen var en trång och otrevlig plats att vara på var det överraskande att så få patienter klagade där. De tre patienter som klagade gjorde så på direkt fråga och sade själva att klagomålet var betydelselöst. Den höga kvaliteten på vården, särskilt den snabbhet varmed vårdpersonalen reagerade för olika behov, gav kompensation för den oattraktiva miljön.

Arbetare såväl som tjänstemän blev mera lugnade än oroade av kontinuerlig övervakning. Det fanns emellertid en anmärkningsvärd skillnad i deras svar på förändringar i EKG-kurvans utseende på övervakningsskärmen. Vare sig förändringen berodde på hjärtat eller på tekniska fel oroade sig arbetarna

mera än tjänstemännen. Dessa skillnader var starkt signifikanta trots att arbetargruppen innehöll flera individer som använde sig av höggradigt förnekande. Ett skäl till detta kan vara en skillnad i den mängd information som varje grupp hade om övervakningsapparaturens sätt att arbeta. Tjänstemän hade mera specifik kunskap om apparaturen, vilket även innefattade förmåga att känna igen tekniska fel. Alltså oroade de sig mindre över tekniskt betingade förändringar. Detta kan betyda antingen att tjänstemännen får en noggrannare förklaring av vårdteamet eller att, med samma mängd information, arbetarna förstår eller bibehåller denna i mindre utsträckning. Waitzkin och Stoeckle (1972) har visat att läkare kommunicerar olika med patienter som tillhör olika socioekonomiska grupper. Patienter ur lägre socialgrupp får ofta starkt förenklade förklaringar i vilka viktiga delar utelämnas i den vanföreställningen att detta skulle underlätta förståelsen.

Rent praktiskt betyder detta att arbetaren måste undervisas mera fullständigt om övervakningen. Att bara beskriva ändamålet är ej tillräckligt. Vad som är tekniskt fel måste patienten lära sig så att han förstår vad som är falskt alarm. En så enkel men ändå viktig sak måste man lära patienten även om han ej visar intresse. Att 50 % av patienterna ur lägre socialgrupp tolkade tekniska artefakter som hjärtsymptom visar det potentiella värdet av undervisning som en metod att minska de psykiska påfrestningarna.

Att det ej fanns något statistiskt samband mellan socioekonomiska faktorer och tanken på döden under den värsta fasen av sjukdomen visar bland annat att förnekelseförsvaret skär över sociala gränser. Man skulle tro att hotet om nära förestående död alltid framkallar rädsla. Detta tycks dock ej

=====

Att 50 % av patienterna ur lägre socialgrupp tolkade tekniska arteffekter som hjärtsymptom visar det potentiella värdet av undervisning som en metod att minska de psykiska påfrestningarna.

=====

alltid vara fallet. Vi fann inga skillnader mellan arbetare och tjänstemän när det gäller ångestupplevelse. I detta skiljer sig vår studie från Roséns och Bibrings (1966) studie av 50 manliga patienter varav 29 tjänstemän och 21 arbetare. De förra var inte bara mera ängsliga, de gick inte heller att lugna och misstänkte att vårdteamet inte talade om allting. Rosén och Bibring menar t o m att en högre utbildningsnivå framkallar mera ångest "eftersom en välutbildad person känner till den osäkra prognosen vid kranskärslsjukdom". En mindre välutbildad person däremot "är mindre ängslig efter en första-gångsinfarkt eftersom han kan förneka de hotande aspekterna på sjukdomen i större utsträckning".

Bidragande orsaker till skillnaderna i våra och Rosén-Bibrings resultat kan vara:

1) Intervjuerna gjordes i deras studie av de behandlande sköterskorna. Dessa var icke tränade i intervjuteknik, vilket kan orsaka bias (Blacher 1972).

2) 70 % av deras patienter var judiska medan majoriteten av våra var protestanter och katoliker. Zborowski (1969) har på ett övertygande sätt visat att etniska faktorer kan influera smärtupplevelser och Zola (1966) har gjort en studie som visar på sådana faktors betydelse för sjukdomsupplevelse.

Rosén och Bibrings resonemang att högre utbildning minskar möjligheterna till förnekande motsäges av vårt fynd att grad av förnekande ej var relaterad till socioekonomisk grupp. Istället försvårade brist på kunskap förnekande i vår studie. Ett exempel på detta var kunskapen om övervakningsapparaturen: De sämst utbildade tolkade ofta tekniska artefakter som hotande hjärtkomplikationer. I vår studie kunde vi inte visa att tjänstemännen var svåra att lugna eller misstänksamma mot vårdteamet för att detta skulle undanhålla information. Inte heller fann vi att *depression* var en åldersrelaterad variabel.

Patienterna i lägre socialgrupp fick i större utsträckning än övriga "för litet" (se ovan) sömnmedicinering, men i båda kategorierna förekom "för litet" smärtlindrande och lugnande medicin. Läkare känner ofta tveksamhet inför tillräckliga doser av sådan medicinering (Marks och Sachar 1973). Patienterna själva delar ofta läkarens rädsla för beroen-

Ordination "vid behov" är ofta dålig eftersom patienten kan vara "rädd att besvåra".

de och känner därför motstånd mot att ta eller begära lugnande medicin. En skamkänsla inför och rädsla för "nervmedicin" förekommer också ofta. Tillräcklig dosering är förstas av stor betydelse i vården av hjärtinfarktpatienter bla därför att smärta och ångest kan öka hjärtats arbete. Ordination "vid behov" är ofta dålig eftersom patienten kan vara "rädd att besvåra". I stället bör medicinering ges med regelbundna intervall.

Reaktionen på ökat beroende och regressivt beteende var beroende av omgivningen. Det är svårt att tolka detta på annat sätt än att dessa reaktioner beror på dålig kommunikation mellan patienten och vårdteamet.

Att patienterna i lägre socialgrupp dels visste mindre om övervakningen än övriga och dels kunde mera om förstörelse – än läkningsdelen av ett infarktförlopp pekar på att privatpatienter får bättre undervisning om sin sjukdom och också på att information måste kunna hindra ångestreaktioner.

Förskrivande av sömnmedel vid utskrivningen skedde i större utsträckning i de högre socialgrupperna. Individer i högre socialgrupp är mera vana att använda sömnmedel och frågar därför i större utsträckning efter sådana vid utskrivningen. Dessutom har den privatpraktiserande läkaren ofta känt patienten länge och tillmötesgår därför i större utsträckning en förfrågan av det slaget från patienten än avdelningsläkare på en allmän avdelning som i allmänhet ej kommer att följa patienten. I arbetargruppen finner man många som anser att all slags medicinering är en omanlig företeelse och aktivt motsätter sig att ta lugnande eller sömngivande medel.

Fyra skillnader som inte betingades av avdelningsomgivningen förelåg mellan arbetare och tjänstemän. Dessa var att arbetarna 1) blev mera rädda när förändringar uppträdde i kurvans utseende på övervakningsskärmen, 2) visste mindre om övervakningsapparaturen, 3) kände till mindre om hjärtinfarktens läkningsprocess och 4) i större

utsträckning undvek frågor om framtida begränsningar och aktiviteter än tjänstemännen. Sju skillnader som kunde betingas av avdelningsvården förelåg. Dessa var att arbetarna 1) kunde fås att klaga över avdelningsomgivningen, 2) fick "för litet" sömnmedicin både på avdelningen och vid utskrivningen, 3) blev rädda för vissa aspekter av avdelningens utrustning, 4) tenderade att tro att det var fel på hjärtat snarare än på apparaturen när kurvans utseende ändrades, 5) protesterade mot att bli matade och rakade, 6) ej kände till avdelningsläkarens namn och 7) uppvisade regressivt beteende i större utsträckning än tjänstemännen.

Bristande kommunikation spelar sannolikt stor roll i alla dessa skillnader.

Vad säger detta om eventuella orättvisor i behandlingen? Patienterna i föreliggande studie prisade i allmänhet vården. De brister som fanns hade huvudsakligen att göra med i vilken utsträckning patienten gavs tillfälle att förstå sjukdomsprocessen och omständigheterna kring denna. Waitzkin och Stoeckle (1972) har analyserat detta. Det finns väldokumenterade data som tyder på att patienter ur lägre socialgrupp vill ha lika mycket information som alla andra (Cartwright 1964) men Prett o a (1957) har visat att de ställer få frågor för att få sådan. Läkare hjälper ofta inte till i detta avseende eftersom de tror att alla gör som tjänstemännen (dvs frågor om de undrar) eller också antar de att patienter ur lägre socialgrupp saknar förmåga att förstå mera och därför förklarar mindre. Vårdteamets misslyckande med att överbrygga kommunikationsklyftan kan ofta bero på att det har ett uttryckssätt som är ineffektivt eller to m framkallar motreaktion. Till exempel, om personalen talar till dessa patienter som om de vore barn eller efterblivna vuxna framkallas ofta regressivt beteende. Just regressivt beteende var signifikant vanligare på den allmänna avdelningen men hade inget samband med socioekonomisk status, vilket kan tyda på att bristande kommunikation kan utlösa sådant beteende.

Endast små eller ringa skillnader föreligger i det sätt att reagera som individer med olika socioekonomisk bakgrund har i sitt sätt att reagera på ett hot mot deras liv. Fastän de upplever rädsla, frustra-

tion, osäkerhet och sorg i samma utsträckning och hanterar dessa känslor på samma sätt, finns det ändå några reaktionsmönster som tycks ha att göra med socioekonomiska faktorer. Den högre utbildade patienten, "tjänstemannen", tenderar att uttrycka denna osäkerhet genom att ställa direkta frågor. Då ger läkaren oftast ett svar, information utbyts och osäkerheten minskar. Arbetaren är mindre verbal i sitt uttryck och försöker "tiga och lida". Hans läkare kan då missta sig och tolka tystnaden som tecken på problemlöshet eller likgiltighet. Vare sig patienten är tjänsteman eller arbetare är det rimligt att anta att de flesta, om inte alla, patienter vill känna till sin sjukdom och kan dra fördel av kunskapen.

Då vi påbörjade denna studie förväntade sig alla våra medicinska medarbetare stora skillnader i reaktionsmönster mellan fattiga och rika. Vi blev alla förvånade över likheterna och frånvaron av påtagliga skillnader i våra resultat. De skillnader som fanns betingades till största delen av avdelningsvården snarare än av patientens socioekonomiska bakgrund. Detta faktum i sig bör tjäna som en påminnelse om den verkliga risken att orättvisor kan uppstå i medicinsk behandling.

LITTERATURFÖRTECKNING

- Blacher R S*: The hidden psychosis of open heart surgery. *J Am Med Ass* 222: 305, 1972.
- Cartwright A*: Human relations and hospital care. Routledge & Kegan Paul, London, 1964.
- Cassem N H och Hackett T P*: Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Ann Intern Med* 75: 9, 1971.
- Cay E*: Psychological reactions to a coronary care unit. *J Psychosom Res* 16: 437, 1972.
- Dominian J och Dobson M*: Study of patients; Psychological attitudes to a coronary care unit. *Br Med j* 4: 795, 1969.
- Hackett T P och Cassem N H*: Factors contributing to delay in responding to the signs and symptoms of acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 24: 43, 1969.
- Hackett T P, Cassem N H och Wishnie H A*: The coronary care unit; an appraisal of its psychological hazards. *New Engl J Med* 279: 1365, 1968.

- Hollingshead A B och Redlich F C*: Social class and medical illness; A community study.
Wiley, New York, 1968.
- Jenkins C E*: Psychologic and social precursors of coronary diseases.
New Engl J Med 284: 244 och 307, 1971.
- Marks R M och Sachar E J*: Undermedication of medical in patients with narcotic analgesics.
Ann Int Med 78: 173, 1973.
- Peel A A*: A coronary prognostic index for grading the severity of myocardial infarction.
Br Heart J 24: 745, 1962.
- Pratt L, Seligman K och Reader G*: Physicians' views on the level of medical information among patients.
Am J Publ Health, 47: 1277, 1957.
- Rosén J L och Bibring G L*: Psychological reactions of hospitalized male patients to a heart attack; age and social class differences.
Psychosom Med 28: 808, 1966.
- United States Bureau of the Census*. Methodology and scores of socio-economic status.
Working paper No 15. Washington D C, 1963.
- Waitzkin H och Stoeckle J D*: The communication of information about illness; Clinical, sociological and methodological considerations.
In Advances in Psychosomatic Medicine. Psychosocial aspects of physical illness (redaktör: Lipowski Z J) S Karger, Basel 1972.
- Weisman A D och Hackett T P*: Predilection to death; Death and dying as a psychiatric problem.
Psychosom Med 23: 232, 1961.
- Zborowski M*: People in pain.
Jossey-Bass, San Francisco, 1969.
- Zola I K*: Culture and symptoms; An analysis of patients presenting complaints.
Am Social Rev 31: 615, 1966.

Prenumerera

för år 1978

på

Socialmedicinsk Tidskrift

Prenumerationspris:

Helår kr 70,

För studerande helår kr 40

Kollektivprenumeration kr 60

(minst 25 ex. pren. direkt hos redaktionen)

SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT

Postadress: Fack, 104 01 Stockholm 60. Tel. 08/83 20 83, 87 34 91. Postgiro 11 79-1