

Sociala och psykologiska problem hos hjärtpatienter¹

2. Patienter med hjärtinfarkt

Av docent *Gunnar Biörck* och kurator *Eva Trulson*

I en tidigare artikel (1) har vi redogjort för en undersökning, som vi gjort om de sociala och psykologiska problemen hos patienter med reumatiska klaffel. På samma sätt har vi nu undersökt 85 patienter, som under perioden 1951—1953 vårdats på medicinska kliniken i Malmö för hjärtinfarkt. Dessa patienter är i allmänhet äldre, och många av dem trötta och ej så rörliga, varför de i flertalet fall uppsökts i sina hem för att besparas ansträngningen att bege sig till sjukhuset. Några kontaktsvårigheter har ej förelegat, utan patienterna har, liksom i den tidigare undersökningen, spontant uttryckt sin glädje över att få tala om sina problem.

Materialets sammansättning

Materialet består av 54 män och 31 kvinnor, huvudsakligen inom åldersgruppen 60—69 år (fig. 1 och 2). Samtliga patienter vårdades under ovannämnda period för första gången för infarkt. 11 patienter har senare legat inne

för förnyad infarkt. (Av dessa är 9 andragångsinfarkter, två tredjegångsinfarkter.) Patienternas ålder vid första infarkten framgår av fig. 2 A och B och överensstämmer någorlunda med fördelningen i den undersökning av 20 års hjärtinfarkter i Malmö, som utförts av Biörck och medarbetare (2), dock så att åldersgrupperna under 70 år i vårt material är något överrepresenterade i förhållande till gruppen över 70 år. Särskilt gäller detta gruppen 50—59 år.

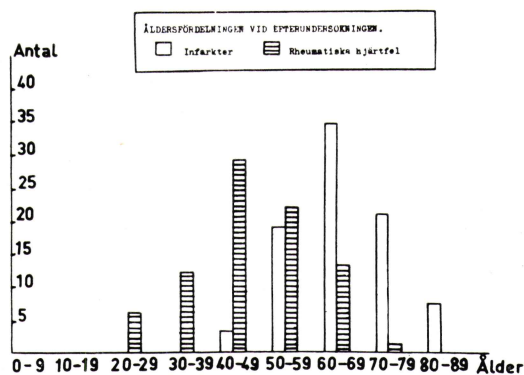


Fig. 1.

¹ Denna undersökning har utförts med ekonomiskt bistånd från Syskonen Wesséns Stiftelse, för vilket författarna framföra sitt varma tack.

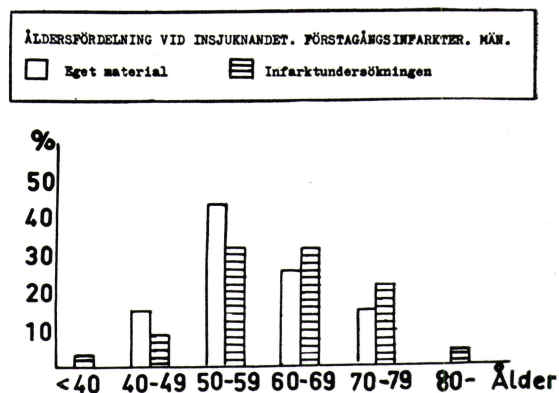


Fig. 2 A.

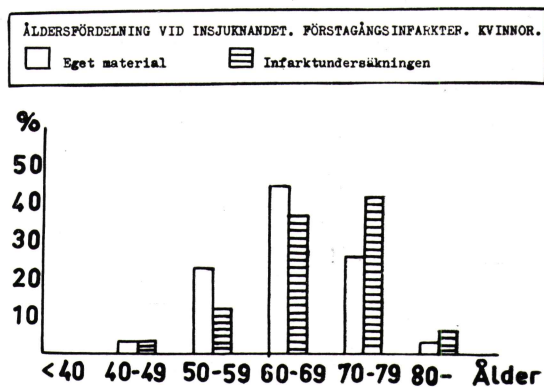


Fig. 2 B.

Patienternas sociala förhållanden

I tabell I har gjorts en sammanställning med avseende på civilstånd. 87 % av männen och 23 % av kvinnorna lever i äktenskap. 42 % av kvinnorna är änkor.

Tabell I.
Civilståndsfördelning

	M	Kv.
Og.	1	9
G.	47	7
Frsk.	2	2
Ä.	4	13

Socialgruppsfördelningen enligt yrke (valstatistikens indelning) framgår av tabell II. Som jämförelse har medtagits motsvarande fördelning för klaffelsmaterialet. Under det att socialgrupp 3 dominerade i klaffelsmaterialet, har vi i det här aktuella materialet en jämnare fördelning på socialgrupper. Socialgrupp 1 förefaller överrepresenterad i förhållande till befolkningen i dess helhet. Genomsnittliga antalet barn per familj var 2,2 (för klaffelsmaterialet 1,7). Det rör sig ju här om en äldre generation, med större barnkullar än nu. Genomsnittliga antalet *hemmavarande* barn är 0,3 (i klaffelsmaterialet 0,8). I tre fall vistas barnen i hemmet på grund av sjukdom. Inga barnbarn har stadigvarande vistats i patienternas hem.

Tabell II.
Socialgruppsfördelning enligt yrke.

Social-grupp	Infarkter				Klaffel			
	M.	%	Kv.	%	M.	%	Kv.	%
1	13	24	3	10	—	—	—	—
2	14	26	13	42	6	27	18	29
3	27	50	15	48	17	73	44	71

Tabell III.

	Hemmavarande barn över 16 år		Hemmavarande barn under 16 år	
	1	2	1	2
40—50 år	1			
50—60 „	4	2		1
60—70 „	6		1	
70—80 „	3			
80 „	1	1		

Bostadsförhållanden

Tabell IV.
Bostadsförhållanden

	Infarkter %	Klaffel %	Malmö %
1 rum och kokvrå	3,5	2	7,3
1 rum och kök	31	27	25,5
2 rum och kokvrå	—	—	2
2 rum och kök	42	48,5	36,9
3 rum och kök	15,5	16	15,4
4 rum och kök	3,5	3,5	7,4
5 rum eller fler	4,5	3	5,5

Av tabell IV framgår den procentuella fördelningen av bostäderna efter lägenhetsstorlek. Denna skiljer sig ej nämnvärt från vad som gäller för Malmö-befolkningen som helhet. Lägenheter med 1 rum och kök är helt förklarligt här talrikare representerade beroende på att familjerna i detta material är äldre och därför mindre.¹ 15 % sköter eldningen själv. Endast 9 % har toilett på gården. Motsvarande procentsiffror för klaffelsmaterialet är 15 respektive 13 och för Malmö som helhet 22 respektive 24 %. Den bättre standarden beror troligen bl. a. på inflyttning till pensionärs-lägenheter, vilket förekommer i fem fall. Tre patienter bor på stiftelse. Betecknande för patienter, som bor på pensionärshem och stiftelser är, att de funnit sig helt till rätta i denna miljö, under det att patienter, som flyttat till andra lägenheter, haft svårt att anpassa sig, huvudsakligen på grund av svårigheten att **skaffa sig nya kontakter**. Detta bör nog beaktas, då man försöker inspränga pensionärs-lägenheter i vanliga bostadshus. Därtill kommer de gamlas känslighet för en orolig miljö, vilket är oundvikligt i hus med barnrika familjer. Fyra patienter anför också detta som en av sina svårigheter.

Sjukhusvistelsen

I motsats till det reumatiska hjärtelet kommer infarkten plötsligt och drabbar människor i deras aktiva period. Man kunde därför förmoda, att patienter, som insjuknar i hjärtinfarkt skulle ha svårt att anpassa sig till sjuk-

¹ I endast två fall har familjer med 1 barn lägenhet på 1 rum och kök.

husmiljön. Patienterna i detta material tycks emellertid haft lättare att finna sig till rätta på sjukhuset än de tidigare undersökta klaffelspatienterna. Endast 13 patienter (15 %) uppger nämligen att de ej trivts på sjukhuset.¹ Av dessa anser sex att läkarna hade för litet tid för dem och att de på grund av de obesvarade frågorna oroat sig för sitt tillstånd. För de övriga har i likhet med klaffelspatienterna svårigheten bestått i att ligga på allmän sal, där de ej fått den vila de ansett sig behöva. Medelvårdtiden har varit 6 veckor.

Konvalescenttiden

Betydligt svårare än att finna sig till rätta i sjukhusmiljön har anpassningen till hemförhållandena efter sjukhusvistelsen varit. 51 patienter (60 %) uppger att de haft stora svårigheter den första tiden efter sjukhusvistelsen. Dessa svårigheter har till stor del betingats av att de på grund av sin svaghet ej så snabbt som de önskat kunnat återgå till yrkes- och föreningsliv. Den genomsnittliga sjukskrivningstiden har varit 5 månader. Då patienterna märkt, att deras kapacitet reducerats, har de sett dystert på sin situation. Tolv (14 %) har tillbringat konvalescenttiden hos anhöriga. Fem av dessa trivdes ej, då de kände sig vara till besvär. Tre patienter är intagna på Malmö Sjukhem. De har i motsats till motsvarande antal klaffelspatienter, som vårdas på Sjukhemmet, haft svårt att acceptera vistelsen där, då de känner sig övergivna av de anhöriga. Nio patienter har haft en övergångsperiod på konvalescenthem, där de funnit sig väl till rätta.

Arbetsförhållanden

Efter konvalescenttidens slut uppträder självfallet frågan, huruvida patienten kan återgå till sitt tidigare arbete eller bör placeras i annan yrkesverksamhet. I föreliggande material var 41 män och 5 kvinnor vid tiden för insjuknandet yrkesverksamma (Tabell V och fig. 3). I tabell VI framgår typen av yrkesverksamhet för de tidigare yrkesverksamma men vid in-

¹ 60 % av patienterna har för den här aktuella sjukdomen varit intagna endast en gång. 26 % av dessa hade ej förut varit intagna på sjukhus.

Tabell V.

	Rörligt						Stillasittande						Kontorsarbete					
	Återgått till samma arbete		Omplacerad		Slutat		Återgått till samma arbete		Omplacerad		Slutat		Återgått till samma arbete		Omplacerad		Slutat	
	M.	Kv.	M.	Kv.	M.	Kv.	M.	Kv.	M.	Kv.	M.	Kv.	M.	Kv.	M.	Kv.	M.	Kv.
Företagare																		
40—49 år	1												1				1	
50—59 "	1	1																
60—69 "	1																	
Tjänstemän																		
40—49 år	1																	
50—59 "	8																	
60—69 "	2																	
Arbetare																		
40—49 år	1																	
50—59 "	3	1																
60—69 "	1																	
Summa	19	2		8			1						7				2	1

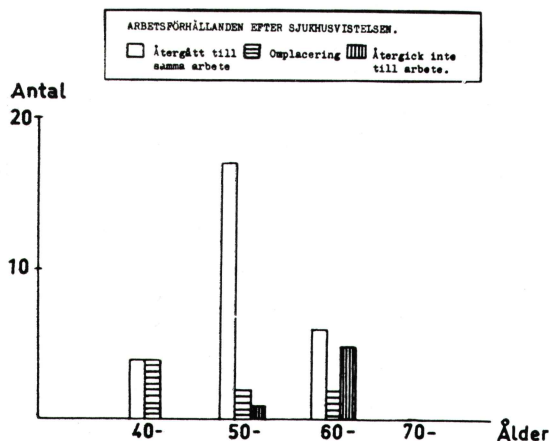


Fig. 3.

Tabell VI.

Typ av tidigare yrkesverksamhet hos pensionerade patienter.

Rörligt		asittande		Kontorsarbete	
M.	Kv.	M.	Kv.	M.	Kv.
11	10	1	7	1	1

sjuknandet pensionerade patienterna. På grund av patienternas jämförelsevis höga ålder försvåras en omplacering och blir oftast ej aktuell. Åtta av männen har dock antingen beretts lättare arbete inom samma företag eller överflyttats till annan sysselsättning. Tre patienter har reducerad arbetstid. Ytterligare tre hade reducerad arbetstid den första perioden. Av tabell VII framgår resultatet av omplaceringen. I ett fall har omplaceringen ej lyckats. Patienten var starkt inkompenenserad, och ett nytt försök till omplacering gjordes ej. Endast i ett fall har skyddad verksamhet tillämpats. I fem fall har

arbetsförmedlingen anlätats. Endast en patient har funnit kontakten med denna otillfredsställande. Av tabell VIII framgår patienternas egen uppfattning om sitt tillstånd efter det att de återgått till sitt föregående arbete. Tre patienter har pensionerats i vanlig ordning och har ej medtagits här. Materialet är icke stort nog för att medge säkra slutsatser om effekten av olika typer av arbete på sjukdomsförloppet.

Av hela materialet tillhör nio gruppen egna företagare. Dessa framhåller, att de varit pressade av skiftande konjunkturer. Tolv patienter har eller har haft anställning, som inneburit mellanställning mellan anställda och företagare. De flesta anser att det har varit påfrestande att på detta sätt tillfredsställa två parter. Ett påfallande stort antal (nio män) har varit eller är anställda vid Statens Järnvägar som trafikbiträde, stationskarl eller banarbetare. Arbete i skift har av de patienter, som haft sådan sysselsättning, ej uppfattats som speciellt påfrestande, men konsekvensen därav har i flera fall ansetts besvärande genom svårigheten att få tillräcklig vila. De lediga dagarna tycks patienterna ofta ha utnyttjat till att skaffa sig extra inkomst, varvid behovet av vila försummats. Därtill kommer den oregelbundna matordningen.

Elva patienter har arbetat enligt ackordsystem (sex av dessa har fortfarande denna typ av arbete). Samtliga framhåller att detta system pressar dem till högre effektivitet än de anser sig orka med. I detta sammanhang kan det framhållas, att påpekanden om det högt uppdrivna arbetstempot varit påfallande under samtalen med denna patientgrupp. 31 % uppger att de alltid arbetat "jättigt". Femton av de ännu yrkesverksamma framhåller vidare,

Tabell VII.

Resultat av omplacering

	Omplacering till annan sysselsättning inom samma företag			Omplacering till helt annan sysselsättning		
	Lyckats	Svårighet	Ej lyckats	Lyckats	Svårighet	Ej lyckats
40—49 år	2			1	2 ¹	
50—59 „	3					
60—69 „				1		1
Summa	1			2	2	1

¹ Patienten har återgått till föregående sysselsättning, eftersom han trivdes bättre med denna.

Tabell VIII.

Nuvarande tillstånd för patienter (manliga) som återgått till föregående arbete.

Yrkeskategori	Rörligt				Stillasittande				Kontorsarbete			
	För- bättrat	Oför- ändrat	För- sämrat	Ny infarkt	För- bättrat	Oför- ändrat	För- sämrat	Ny infarkt	För- bättrat	Oför- ändrat	För- sämrat	Ny infarkt
Företagare												
40—50 år	1			1					1			
50—60 „												
60—70 „	1											
Tjänstemän												
40—50 år				1								
50—60 „	2	1	3	1					1		1	2
60—70 „			1						1			
Arbetare												
40—50 år			1									
50—60 „	1		2			1						
60—70 „			1									
Summa	5	1	8	3		1			3		1	2

att de dels på grund av arbetets art, dels på grund av egen oförmåga att arbeta lugnt, fortfarande har ett högt uppdrivet tempo. Tolv patienter har dock ett sådant arbete, där det finnes möjlighet att gå ifrån och vila. Fyra patienter har ett arbete, som kan vara olämpligt ur den synpunkten att en plötsligt påkommande hjärtattack skulle kunna innebära fara för eget eller andras liv. Som exempel kan anföras chaufförsyrket och vissa arbeten i industrin. Frapperande är att en patient efter sjukhusvistelsen omplacerats till just ett sådant yrke. Ingen av dessa fyra patienter har dock sedan sjukhusvistelsen 1951—1953 fått någon ny infarkt. Samtliga trivs med sitt arbete och anser, att det skulle vara psykiskt påfrestande att byta sysselsättning.

Elva patienter har haft speciella psykiska påfrestringar i arbetet. De har exempelvis på grund av ringa arbetstillgång nödgats övergå till annan sysselsättning, som de haft svårt att trivas med. Flera har vidare haft konflikter med arbetsledningen. Fem patienter uppger beviselse över att ha blivit förbigångna vid befordran som en sådan faktor.

Då man gör ett försök att penetrera patienternas yrkessvårigheter, frapperas man av att

rädslan för arbetslöshet för dem är *ett ständigt återkommande problem*. Flera av dem har upplevt 30-talets arbetsmarknadskris, och man får det intrycket, att den starkt påverkat dem och är grunden till den i våra dagar ganska omotiverade rädslan. Nitton av de manliga patienterna uppger sålunda, att arbetslösheten har varit den svåraste upplevelsen i deras liv. Angeägna att hålla sig kvar på arbetsplatsen tycks de ha pressats till högre effektivitet än de egentligen orkar med.

Av materialets 31 kvinnor hade vid insjuknandet endast fem yrkesarbete. Tre kunde på grund av hjärtsvagheter ej återgå till arbetet. De övriga har sin huvudsakliga sysselsättning inom hemmet. Flertalet av dem är emellertid så starkt inkompenenserade, att de har svårt att klara av även de enklare göromålen i hemmet och har varit hänvisade till hjälp utifrån. Malmö stads åldringsvård har berett hjälp i sex fall. Samtliga patienter har varit nöjda med denna hjälp. De har däremot haft svårt att acceptera inspektionen från socialvården, eftersom de därigenom fått en känsla av att "tigga hjälp". Nio patienter har fått hjälp med hemsysslor av sina barn. De har haft lättare än klaffelsspatienterna att acceptera denna hjälp.

Den psykologiska anpassningen

Då infarktpatienterna i allmänhet är mäniskor, som varit synnerligen aktiva, kunde man förmoda, att den inskränkning i fråga om livsföring och arbete, som oftast blir aktuell efter en sådan sjukdom, skulle medföra svårigheter. För dem, som vid insjuknandet befann sig i sin aktiva period, dvs. 40—60 år, medförde en sådan inskränkning svårigheter. Däremot har de patienter, som uppnått 60 år haft lättare att acceptera en sådan. Således uppger endast fyra patienter att de haft svårigheter i samband med pensioneringen. De övriga tyckte det var skönt att få sluta arbeta.

I likhet med de tidigare undersökta klaffelspatienterna, ansåg de flesta patienterna i detta material att de fått tillräcklig upplysning om sin sjukdom. Endast sex ansåg, att de fått veta för litet. I dessa fall tycktes det snarast bero på deras rädsla för att fråga läkaren. De vill inte ta dennes tid i anspråk för enkla frågor. En patient framhåller, att han fått veta för mycket och att han därför oroar sig för sitt tillstånd.

Vad beträffar de råd och anvisningar, som patienten erhållit av läkaren, har fjorton patienter haft svårt att följa dessa. För flertalet patienter har det, i likhet med vad som framkom i klaffelsmaterialet, främst gällt vila och anbefalld diet. I fyra fall har slarv med medicinering förekommit. De flesta tycks emellertid vara mycket noggranna med denna. Vårt tidigare antagande att svårigheter med medicinering skulle vara vanligare bland den äldre befolkningen har alltså ej verifierats här. Tolv patienter har efter sjukdomen helt slutat röka. Tio har minskat konsumtionen (röker under tio cigaretter per dag). I tio fall har patienterna dock ej lyckats inskränka på rökningen.

Den känsla av "värdelöshet", som man påträffade hos klaffelspatienterna, förekommer ej i detta material. Troligtvis beror detta på, att de uppnått en ålder, då många finner det naturligt att dra sig tillbaka. De har ej heller stora familjer att försörja. 18 patienter framhåller att de känner sig ensamma, huvudsakligen på grund av sysslolöshet. 42 % (ungefär lika stor procent som i klaffelsmaterialet) har svårt att finna något att intressera sig för. En kategori, som har det synnerligen svårt i detta

avseende, är de patienter, som har starkt försvagad syn och på grund därav ej kan läsa eller handarbeta (sex patienter).

Liksom för klaffelspatienterna uppträder för patienterna i föreliggande material svårigheter i samband med återknytandet av kontakten med familj och vänner. 26 patienter (31 %) framhåller, att de anhöriga ej förstår deras speciella svårigheter. De kvinnliga patienterna, som till större delen är ensamstående, är missnöjda och ovilliga emot de anhörigas önskan att för att kunna känna lugn och ro få dem placerade på sjuk- eller ålderdomshem. Överhuvudtaget tycks de ha mycket svårt att byta miljö. Tio patienter anser, att de anhöriga har för mycket omsorger om dem, och att de därigenom ständigt blir påmind om sitt tillstånd. Svårigheter i förhållandet till umgänget är däremot ej så vanliga som bland klaffelspatienterna.

Vad beträffar det sexuella samlivet har elva män och en kvinna haft svårigheter i detta avseende efter sjukdomen. Av dessa befann sig fyra vid insjuknandet i åldersgruppen 40—49 år, fem i gruppen 50—59 år. Tre patienter (därav en kvinna) var vid sjukdomstillfället över 60 år. Problem har uppstått i och med att de inte orkat med något samliv och därför känt sig mindervärdiga. För övrigt tycks, liksom i klaffelsmaterialet, några större familjesvårigheter ej ha uppstått på grund av den förändring som sjukdomen innebär.

De psykologiska svårigheter i samband med ekonomiskt understöd från socialvården, som framkom i den tidigare undersökningen, möter även hos infarktpatienterna. Av de tretton patienter, som under de tio sista åren har fått understöd från socialvården, har nio ansett det vara förenat med stora svårigheter att mottaga hjälpen. De framhåller, att de inte kan komma från känslan av fattigvård. En av dessa patienter förnekar att han fått socialvård. Möjligen har det för honom varit så obehagligt att han inte vill tala om det.

Den psykologiska bakgrunden

Vissa data tyder på att hjärtinfarkt under de senaste årtiondena blivit en vanligare sjukdom. Det har på sina håll ifrågasatts, om det

moderna, industrialiserade samhället skapat en miljö, till vilken människorna haft svårt att anpassa sig, varigenom nya problem inom familjen och i arbetet uppstått. Reaktionen på dessa svårigheter sammanhänger självfallet med vederbörandes personlighetstyp och tidigare upplevelser. I en artikel av Abendroth (3) framhålls sålunda, att infarktpatienterna ofta är psykiskt labila människor. Vissa författare har även ansett sig finna ett samband mellan hjärtinfarkter och vissa s. k. psykosomatiska sjukdomar (4). Så har exempelvis Feldman och Morrison (5) angivit ett samband mellan magsår och hjärtinfarkt. I ett material på 753 patienter har de i 9 % av fallen också påvisat magsår. Likaså framhåller Levy och Boas (6) att den gemensamma nämnaren för magsår och infarkt är vagusnervens förhöjda känslighet.

I vårt material har vi funnit att sjukdomar av psykisk karaktär i patienternas tidigare sjukhistoria är rikligt företrädde. I sex fall har patienterna varit inlagda för neuros. I fjorton fall (16 %) förekommer magsår (därav tolv män),¹ i fyra fall astma samt i fem fall eksem. Gallbesvär angives i tio fall, njurbesvär i sex fall och sockersjuka i fyra. Det är ovisst, om 16 % magsår verkligen innebär en överrepresentation av denna sjukdom jämfört med befolkningen i dess helhet. I varje fall i Stockholm torde, enligt Tomenius (6), var femte inneånare ha haft magsår någon gång i livet. Vi har vidare funnit, att flertalet patienter under en längre period varit utsatta för psykiska påfrestningar. Förutom svårigheter i arbetet har familjesvårigheter framkommit. Tjugo patienter uppger, att den andra parten i äktenskapet under en längre period varit sjuk, vilket medfört en stor fysisk och psykisk belastning för dem. I åtta fall har det varit fråga om psykisk sjukdom, som varit synnerligen svår att handskas med. I tolv fall har andra äktenskapssvårigheter av allvarlig art förekommit (i fyra fall skilsmässa, i tre alkoholism). Tretton patienter uppger, att de haft problem med barnen av den art att det varit en faktor, som påverkat dem psykiskt. Huruvida här nämnda psykiska påfrestningar är rikligare företrädde

i vårt material än i en frisk befolkningsgrupp är svårt att säga, då vi icke har data från någon kontrollgrupp.

Liksom ifråga om klaffelsmaterialet har i det här aktuella infarktmaterialet de ekonomisk-sociala problemen varit mindre svåra än väntat. En orsak härtill är åldersfördelningen med tyngdpunkten på de högre åldersgrupperna. Ett stort antal patienter har uppnått pensionsåldern och för dem uppstår ej någon avgörande ekonomisk förändring på grund av sjukdomen. Den ekonomiska belastning, som uppfostran av barnen utgör, föreligger i allmänhet inte. Av samma orsak blir ej heller rehabilitering särskilt aktuell. Patienterna har i allmänhet varit i samma företag under många år, och en omplacering till en helt annan verksamhet har ej övervägts, då det ansetts innebära alltför stor psykisk påfrestning. Arbetsgivarna har, glädjande nog, i de fall, där det varit aktuellt, försökt placera den sjuke i lättare arbete eller reducerat arbetstiden.

I stället för de ekonomisk-sociala problemen har även i detta material de psykologiska problemen visat sig komma i förgrunden. Infarktpatienten har i regel alltid varit aktiv. Han har arbetat i ett högt uppdrivet tempo och har trots sjukdomen svårt att dämpa detta. För dem i de högre åldersgrupperna, som efter sjukhusvistelsen ej kunnat återgå till arbete har problemen ej varit så stora. Det förefaller som om de har accepterat sin bristande arbetsförmåga. Däremot har de i likhet med klaffelspatienterna en känsla av ensamhet och har svårt att finna något intresse, som fyller ut deras tid. Dessa svårigheter gäller i synnerhet kvinnorna.

Vården av den sjuke är ofta såväl för honom själv som för de anhöriga ett stort problem. Man får nämligen i detta sammanhang ej förbise de anhörigas svårigheter. Dessa belysas i vårt material av två fall, där det av barnen, som fått på sin lott att taga hand om den sjuke, utsatts för stora påfrestningar, emedan de övriga anhöriga därigenom slagit sig till ro och ansett sig befriade från sina skyldigheter. Det visade sig i dessa fall omöjligt att ens för någon kortare tid ombesörja en tids vila för den, som hade hand om den sjuke. Patienterna visade sig nämligen vara för friska för att

¹ I hela infarktmaterialet i Malmö är siffran lägre, ca 10 %.

kunna tagas in på sjukhem och för sjuka för att kunna vistas på ålderdomshem. Detta påvisar en uppenbar brist i den nuvarande åldringsvården, som ej tar erforderlig hänsyn till åldringarnas pendlande mellan hälsa och sjukdom. Önskvärt vore måhända att det skapades en gemensam vårdform för sjuka och friska åldringar. Det vore ej heller otänkbart att tilllämpa den typ av hemsjukvård, som förekommer vid Montefiorisjukhuset i New York. En mera elastisk och till sin innebörd mindre definitiv vårdform skulle kanske kunna minska den rädsla för intagning på sjuk- eller ålderdomshem, som nu trycker sin prägel på många sjuka, eftersom detta för honom eller henne innebär ett definitivt uppbrott från den hittillsvarande tillvaron. Genom olika åtgärder skulle man vidare kunna underlätta det för de sjuka, som har möjlighet att klara sig på egen hand i sitt hem. Vid besök hos patienterna, som i den här aktuella undersökningen gjorts i flertalet fall, har man kunnat konstatera frapperande obekvämligheter i köken (låga diskbänkar, höga skåp och olämpliga redskap). Med hänsyn till det stora antalet kvinnor, i synnerhet i klaffelsmaterialet, borde det, liksom fallet är i England och Amerika, kunna göras något för att hjälpa dessa husmödrar till bekväma kök med för dem speciellt anpassad inredning och lämpliga redskap.

Då man frågat sig för, om intresse förefanns för att bilda en förening eller klubb för hjärtsjuka, mottogs ett sådant förslag positivt av 59 % av patienterna. 23 % hade däremot den uppfattningen, att bildandet av en sådan skulle åstadkomma allt för stark inriktning på sjukdomen och snarare ha negativ än positiv inverkan. 12 % av patienterna framhöll spontant att de ansåg det angelägnare att de anhöriga bereddes stöd och hjälp. Sannolikt är detta en väsentlig faktor. De anhörigas oro och ångslan påverkar ej sällan den sjuke och hans upplevelse av sin situation. Genom gruppverksamhet bland de anhöriga kunde man ge dem information om sjukdomen och dess karaktär samt om sådana sociala åtgärder, som i deras situation står till buds. Vidare kunde de beredas tillfälle att diskutera övriga speciella problem, som uppstår på grund av en familjemedlems sjukdom.

Litteraturförteckning

1. G. Biörck och E. Trulsson: Soc. Med. Tidskr. 7: 271, 1957.
2. G. Biörck, G. Blomqvist och J. Sievers: Acta Med. Scandinav. Under tryckning.
3. H. Abendroth: Münchener Med. Wochenschrift 6: 178, 1957.
4. F. Dunbar: Emotions and bodily changes. 4. ed. Columbia Univ. Press. New York 1954.
5. M. Feldman och S. Morrison: Am. J. Digest Dis. 17: 55, 1951. (Cit. efter Dunbar)
6. H. Levy och E. P. Boas: Arch. Int. Med. 71: 301, 1943. (Cit. efter Dunbar)
7. J. Tomenius: Sv. Läkartidn. 52: 2677, 1955.

Nyhyttans Badanstalt

Fysikalisk-dietisk kurort

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: *Dr G. Smårs.*

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation.

Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningen.

Tel. Järnboås 13.

OBS! Post- och järnvägsstation JÄRNBOÅS.