

KVALITA ŽIVOTA PO TRANSPLANTÁCII SRDCA — PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY

NÔTOVÁ P., SCHREINEROVÁ Z., SCHRAMEKOVÁ E., BASS K., FABIÁN J.

THE QUALITY OF LIFE AFTER HEART TRANSPLANTATION — PSYCHOSOCIAL ASPECTS

The aim of this study was to evaluate psychosocial quality of life after heart transplantation. We examined 29 patients (25 M and 4 F), average age was 43.5 y (18—62 y). The age at time of heart transplantation was 43 years (17—55 y). The time after heart transplantation was 3.3 year (0.3—9 y). Spielberger's Questionnaire of Anxiety, Knobloch's inventory of neuroticism, Freiburg's Personality Inventory and Quality of Life Inventory were used. 33 % of patients demonstrated increasing frequency and 29 % of patients increasing intensity of neurotic symptoms. 23 % of patients presented increasing levels of anxiety (as a state). The personality dimensions (depression, excitability and low emotional stability) displayed high frequency. The results showed that patients were more satisfied with family support, with sexual activities, and less satisfied with financial situation, social activities, social isolations, sleep, memory, excitability, fatigue. 41.5 % of patients returned back to work. The results indicate that these psychosocial factors play an important role in quality of life after heart transplantation. That is why it is necessary to dedicate an increasing attention to them. (Tab. 1, Fig. 6, Ref. 14.)

Key words: quality of life, psychosocial aspects, anxiety, depression, social support.

Bratisl Lek Listy 98; 1997: 248–283

Cieľom našej práce bolo sledovanie kvality života pacientov po transplantácii srdca z psychosociálneho aspektu. Sledovali sme 29 pacientov po HTx (25 M a 4 Ž) priemerného veku 42,5 roka (18—62 r.). Vek v čase HTx bol 43 rokov (17—55 r.). Počet rokov od HTx bol 3,3 roka (0,3—9 r.). Použili sme Spielbergerov dotazník anxiety, Knoblochov dotazník neuroticizmu, Freiburský osobnostný inventár a Inventár kvality života. 33 % pacientov prejavovalo výrazný výskyt a 29 % výraznú intenzitu neurotických symptómov. Zvýšené hodnoty anxiety sa vyskytli u 23 % pacientov. Z osobnostných dimenzií bola zvýšená frekvencia depresie, vzrušivosti, emocionálnej lability. Výsledky ukázali, že pacienti preukazujú vyššiu spokojnosť v oblasti rodinnej podpory, sexuálnej aktivity, nižšiu spokojnosť s finančnou situáciou, spoločenskou aktivitou, pocitmi izolácie, kvalitou spánku, únavou, pamäťou a podráždenosťou. Návratnosť do práce je 41 %. Výsledky poukazujú na to, že tieto psychosociálne faktory majú významnú úlohu v kvalite života pacientov po HTx a je potrebné venovať im zvýšenú pozornosť. (Tab. 1, obr. 6, lit. 14.)

Kľúčové slová: kvalita života, psychosociálne aspekty, anxiety, depresivita, sociálna podpora.

Bratisl. lek. Listy, 98, 1997, č. 5, s. 248–283

Kvalita života je multidimenzionálny pojem, ktorý rôzni autori chápu rôzne. Spočiatku mnohým autorom na vymedzenie tohto pojmu stačili tri zložky (fyzická, psychická a sociálna pohoda). Neskôr Kane (Kondáš, 1994) k nim priraduje ako základnú požiadavku kvality života tzv. funkčnú kapacitu, čiže schopnosť podmieňujúce nezávislú realizáciu bežných psychických a fyzických činností.

Už od prvej polovice nášho storočia sa vedci pokúšali presne odmerať a znázorniť kvalitu života predovšetkým u chronicky cho-

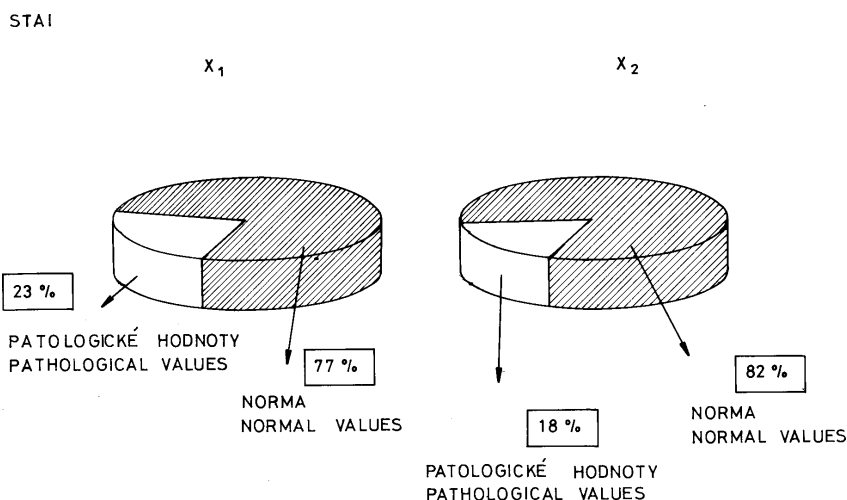
rách pacientov. Ťažiskom sa javila schopnosť výkonu, ale aj emocionálne, sociálne a ekonomické faktory mali svoju úlohu (Bunzel, 1990).

Schipper (1995) tvrdí, že neexistuje štandardná definícia kvality života, ale vo všetkých možno nájsť styčné body. Medzi ne patria: zdravie, fyzická schopnosť, psychický stav a vzťahy v spoločnosti. V podstate ide o subjektívne prežívanie, a pritom sa nesmie zabúdať na vlastný pohľad pacienta. Treba zdôrazniť, že kvalita života nie je nemenný koncept. Vplyvom rozličných udalostí sa dynamicky mení.

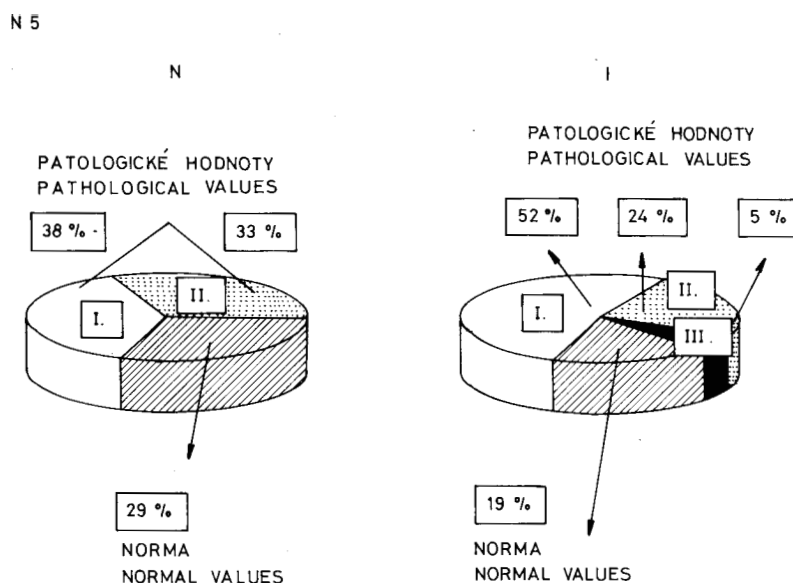
Pri posudzovaní života po operácii srdca Walter (1992) uvádza päť komponentov kvality: fyziologický stav, intelektuálnu funkčnosť (zdôrazňujúcu koncentráciu a pamäť), emocionálny stav (dôraz kladie na anxiu, depresivitu, poruchy spánku), realizovanie sa v sociálnej úlohe a všeobecnú satisfakciu (s dôrazom na sexuálnu a fyzickú aktivitu).

Slovenský ústav srdcových chorôb v Bratislave
The Slovak Institute of Heart Diseases, Bratislava

Address for correspondence: P. Nôtová, PhD, SÚSCH, Pod Kráskou
hôrkou 1, 833 48 Bratislava, Slovakia.
Phone: +421.7.53 20 569, Fax: +421.7.37 88 735



Obr. 1. Hodnotenie hladín úzkosti a úzkostlivosti. STAI — Spielbergerov dotazník úzkosti a úzkostlivosti, škála x1 = anxieta (úzkosť ako aktuálny stav), škála x2 = anxiozita (úzkostlivosť ako relatívne stála osobnostná črta), norma = 4—6 sten, patologické hodnoty = 7—9 sten.
 Fig. 1. Evaluation of anxiety and anxiety levels. STAI — Spielberger's state and trait inventory, scale x1 = anxiety (anxiety as an actual state), scale x2 = anxiety (anxiety as a relative stable personal trait), normal values = 4—6 stanine, pathological values = 7—9 stanine.



Obr. 2. Hodnotenie neurotických symptómov. N 5 — Knoblochov dotazník neuroticizmu, N = frekvencia, I = intenzita, norma = neprítomnosť neurotických symptómov a I. stupeň, patologické hodnoty = II. a III. stupeň.
 Fig. 2. Evaluation of neurotic symptomatology. N 5 — Knobloch's inventory of neuroticism, N = frequency, I = intensity, normal values = absence of neurotic symptomatology and I. degree, pathological values = II. and III. degree.

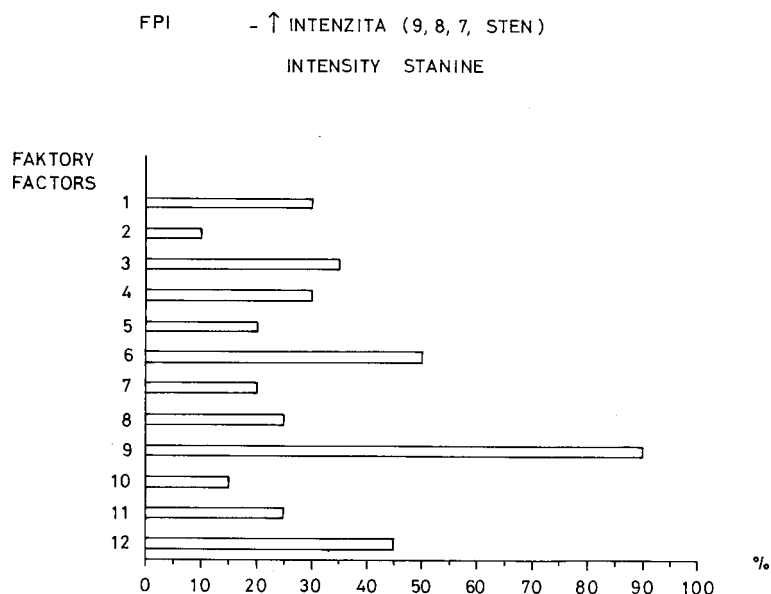
Radovanovic (1996) analyzuje tieto komponenty kvality života: zamestnanie, fyzický status, sociálne vzťahy, mentálny status, vnímanie zdravia.

Cieľom našej práce bolo sledovanie pacientov po transplantácii srdca (HTx) z aspektu kvality ich života, analýza faktorov dôležitých pre ich prežívanie a ich subjektívne vnímanie a hodnotenie kvality života.

Súbor pacientov

V našom súbore bolo 29 pacientov po HTx (25 mužov a 4 ženy), ktorých sme vyšetrili v období od septembra 1995 do mája 1996.

Vek pacientov v čase vyšetrenia bol 18—62 rokov (priemerne 43,5 roka). Priemerný počet rokov od HTx bol 3,3 roka (0,3—9



Obr. 3. Znárodnenie percentuálneho rozloženia pacientov, ktorí preukazovali zvýšenú intenzitu (7—9 sten) osobnostných dimenzií FPI — Freiburgský osobnostný dotazník.

Osobnostné dimenzie: 1 — nervozita, 2 — agresivita, 3 — depresia, 4 — vzrušivosť, 5 — družnosť, 6 — miernosť, pokoj, 7 — dominancia, 8 — zdržanlivosť, 9 — otvorenosť, 10 — extravérzia, 11 — emocionálna labilita, 12 — maskulinita.

Fig. 3. Representation of percentual distribution — patients which presented increasing intensity (7—9 stanine) of personal dimension FPI — Freiburg Personal Inventory.

Personal dimensions: 1 — neurosis, 2 — aggressivity, 3 — depressivity, 4 — excitability, 5 — sociability, 6 — peaceful, leniency, 7 — dominance, 8 — abstinentibility, 9 — frankness, 10 — extraversion, 11 — emotional lability, 12 — masculinity.

Tab. 1. Hodnotenie sociálnych faktorov v porovnaní s predtransplantačným obdobím.

Tab. 1. Evaluation of social factors in comparison with pretransplant period.

Sociálne faktory Social factors	-		=		+		Spolu
	n	%	n	%	n	%	
ekonomická situácia economic situation	19	65,5	8	27,5	2	7	29
záujmy hobbies	10	34,5	9	31	10	34,5	29
spoločenské aktivity social activities	18	62	5	17	6	21	29
spoločenská izolácia social isolation	11	38	13	45	5	17	29
rodinná podpora family support	6	21	10	34,5	13	44,5	29
sociálna podpora social support	7	24	15	52	7	24	29

- zhoršenie, menej, menšia
worsened state, fewer, decrease

= nezmenený stav, rovnako, rovnaká
stable state, equally, equal

+ zlepšenie, častejšie, zvýšená
improvement, frequently, increase

rokov). Z celkového počtu pacientov bolo 21 ženatých, resp. vydatých, 5 boli rozvedení (17 %) a 3 slobodní. Počet detí bol v rozmedzí 0—7, počet nezaopatrených detí 1—6. V celom súbore pacientov malo 52 % stredoškolské vzdelanie, 27 % nižšie ako stredoškolské vzdelanie a 21 % vysokoškolské vzdelanie. V invalidnom dôchodku (ID) bolo 41 % pacientov. 41 % pacientov pracovalo, 3 boli v starobnom dôchodku (SD) a 2 študovali.

Metódy

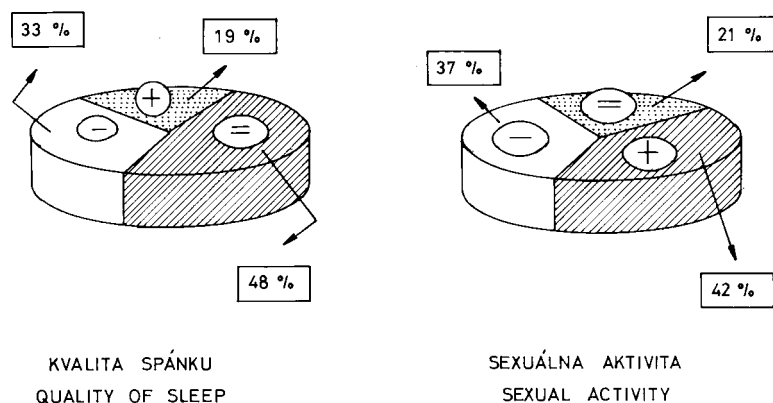
V našej štúdií sme použili dotazníky STAI (Spielbergerov dotazník anxiety), N5 (Knoblochov dotazník neuroticizmu), FPI (Freiburgský osobnostný dotazník) a Inventár kvality života.

Pre výber týchto metód sme sa rozhodli preto, lebo cieľom práce bolo sledovať anxiety, neurotické symptómy, emocionálnu, osobnostný profil a z ponuky sa nám v zhode so zahraničnou literatúrou (Bunzel, 1994) zdali tieto metódy najvhodnejšie.

Dotazník STAI meria úzkosť a úzkostlivosť, škála x1 meria aktuálny stav, t.j. napätia, tenzie, strachy, ktoré varujú v intenzite a menia sa v čase. Škála x2 uvažuje úzkostlivosť ako relatívne stálu vlastnosť, resp. úzkostnú črtu (Müllner, 1980).

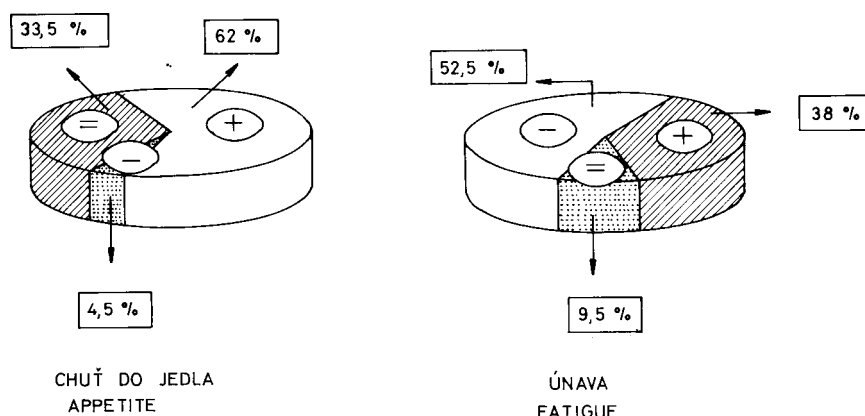
N5 informuje o výskyte a intenzite neurotických symptómov. Zachytáva mieru vitality a poruchy emócií. Počet symptómov tvorí skóre N, hodnotením intenzity neurotických symptómov získame skóre I (Kožený, 1982).

Osobnostný dotazník FPI je mnohodomenzionálny test osobnosti, ktorý je vhodný na diagnostiku osobnostného profilu. Sleduje 9 nezávislých dimenzií osobnosti a 3 doplnkové škály (Fahrenberg, 1970; Kollárik a spol., 1984).

HODNOTENIE FAKTOROV
 EVALUATION OF FACTORS


Obr. 4. Hodnotenie faktorov kvalita spánku a sexuálna aktivita v porovnaní s predtransplantačným obdobím: — zhoršený stav, = nezmenený stav, + zlepšenie.

Fig. 4. Evaluation of factors quality of sleep and sexual activity in comparison with pretransplant period: — worsened state, = stable state, + improvement.



Obr. 5. Hodnotenie faktorov chuť do jedla a únava v porovnaní s predtransplantačným obdobím: — menšia, = rovnaká, + zvýšená.

Fig. 5. Evaluation of factors appetite and fatigue in comparison with pretransplant period: — decrease, = equal, + increase.

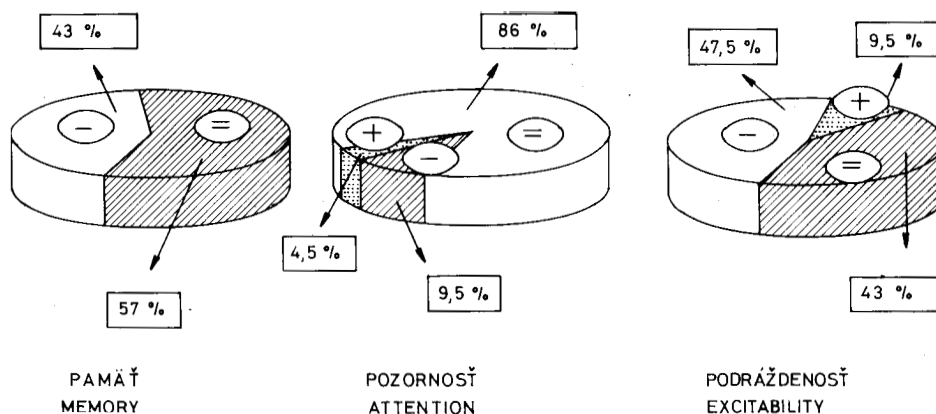
V našej práci sme použili Inventár kvality života (pracovná verzia pre interné potreby ÚKVCH), ktorý nám slúžil ako podklad pre štruktúrovaný rozhovor. Faktory, ktoré sme brali do úvahy, možno zhrnúť do kategórií:

1. sociálna oblasť (súčasná ekonomická situácia, záujmy, spoločenská aktivita, spoločenská izolácia, sociálna podpora rodiny a okolia),
2. fyziologické potreby (kvalita spánku, pohlavný život, chuť do jedla, únava),
3. psychologické parametre (pamäť, pozornosť, podráždenosť),
4. sebahodnotenie (fyzické, psychické, sociálne hladisko),
5. kontakt so zdravotníckym personálom.

Výsledky

V osobnostnom dotazníku STAI malo 23 % pacientov zvýšené hodnoty anxiety (aktuálneho stavu úzkosti), pričom však 77 % bolo v norme. Zvýšené hodnoty pri anxiozite ako osobnostnej črte (úzkostlivosť) sa preukázali u 18 % pacientov (obr. 1).

Výsledky dotazníka N5 referujú o 33 % zvýšenej frekvencii neurotických symptómov a o 29 % zvýšenej intenzite neurotických symptómov (za zvýšené hodnoty považujeme II. a III. stupeň). Mierne zvýšenie možno pozorovať vo frekvencii (N) u 38 % a v intenzite (I) u 52 % pacientov. Iba u 29 % pacientov bol výskyt neurotických symptómov v norme. Intenzita neurotických symptómov bola v norme u 19 % pacientov (obr. 2).



Obr. 6. Hodnotenie psychologických parametrov — pamäť, pozornosť, podráždenosť v porovnaní s predtransplantačným obdobím: — zhoršenie, = nezmenený stav, + zlepšenie.

Fig. 6. Evaluation of psychological parameters — memory, attention, excitability in comparison with pretransplant period: — worsened state, = stable state, + improvement.

V osobnostnom dotazníku FPI sme zistili vysoké percentuálne zastúpenie (90 %) vo faktore otvorenosť, o niečo nižšie vo faktore miernosť (50 %) a vo faktore maskulinita (45 %). Faktor depresivity bol aktuálny u 35 % pacientov. Vysoké percento pacientov (30 %) preukázalo zvýšené hodnoty v dimenzii nervozita a vzrušivosť. Naproti tomu veľmi nízke percentuálne zastúpenie (len 5 %) možno pozorovať vo faktore emocionálna stabilita a vo faktore dráždivosť, resp. váhavosť (5 %). Do úvahy sme brali len stenové hodnoty 9, 8, 7 a 3, 2, 1, pretože tieto majú pre nás výpovednú hodnotu (obr. 3).

Inventár kvality života — 65 % pacientov posudzuje svoju terajšiu ekonomickú situáciu ako zhoršenú. Mnoho z nich sa vyjadruje o svojej spoločenskej aktivite ako o značne zriedkavejšej (62 %) v porovnaní s obdobím pred transplantáciou.

Spoločenskú izoláciu pociťuje 38 % pacientov častejšie ako pred HTx, i keď väčšina pacientov referuje o nezmenenom stave (45 %). Ako stabilnú vníma sociálnu podporu okolia 52 % pacientov. Zlepšenie možno konštatovať pri charakteristike sociálna podpora rodiny (44 %), pričom pri charakteristikách spoločenská aktivita a spoločenská izolácia ide o zlepšenie len v 8, resp. 5 prípadoch (tab. 1).

Pacienti posudzovali saturáciu fyziologických potrieb v globále prevažne ako nezmenenú, prípadne ako zlepšenú. Ide predovšetkým o chuť do jedla, kde môžeme konštatovať u 62 % pacientov zlepšenie. Potom nasleduje sexuálna aktivita (42 %), pričom pomerne veľký počet pacientov udáva i zhoršenie (37 %). Pri kvalite spánku sa takmer polovica (48 %) vyjadřila o nezmenenom stave a 33 % referuje o zhoršenej kvalite spánku. Najčastejšie pacienti referovali o zvýšenej unaviteľnosti (52 %), ale zároveň 35 % pacientov pociťuje menšiu únavu v porovnaní s obdobím pred HTx (obr. 4 a 5).

Psychologické parametre. Najčastejšie konštatovali pacienti zhoršenie pri podráždenosti (47 %). Až 86 % pacientov posudzuje svoju pozornosť ako nezmenenú. Vysoké percento pacientov (57 %) hodnotí svoju pamäť ako nezmenenú, pričom však 43 % udáva zhoršenie (obr. 6).

Diskusia

Pri analýze výsledkov psychologických testov sme zistili, že 33 % pacientov po HTx preukazuje zvýšený výskyt a 29 % zvýšenú intenzitu neurotických symptómov. Keď však berieme do úvahy výskyt patologických hodnôt N a I vrátane stupňa I (mierny výskyt a intenzita), sú naše zistenia odlišné ako predchádzajúce výsledky (Nôtová, 1991), kde pacienti po IM mali zvýšené hodnoty N u 62 % a I u 45 % pacientov v porovnaní s pacientmi po HTx (N=71 % a I=81 %).

O anxiety sme uvažovali ako o aktuálnom stave i ako o relatívne stálej osobnostnej čрте (Müllner, 1980). Zvýšené hodnoty anxiety boli aktuálne u 23 % pacientov, u 18 % boli zvýšené hodnoty anxiozity. Osobnostné dimenzie ako depresivita, emocionálna labilita, nervozita a vzrušivosť preukazovali zvýšenú intenzitu výskytu. Fisher a spol. (1995) uvádzajú, že skóre depresivity sa stabilizuje u pacientov po HTx v období od 4 do 12 mesiacov od HTx a má klesajúcu tendenciu v porovnaní s predtransplantačným obdobím.

Odhladnuc od určitých špecifických zmien, ktoré choroba so sebou prináša, zasahuje hoci nie rovnakou mierou, najmä tri oblasti — emotivitu, reaktivitu, správanie a niektoré stránky osobnosti. Okrem zvýšenej tendencie k negatívnym citovým reakciám a anxiety je pre pacientov typická emotívna zraniteľnosť, labilita a precitlivosť (Kondáš, 1980).

Pri emocionálnej labilite, ktorá u 25 % pacientov preukazovala vyššiu intenzitu, sa ponúka interpretácia, že u pacienta možno očakávať negatívnejšie hodnotenie sociálnej atmosféry aj sociálnej podpory okolia, čo možno vysvetliť vysokými očakávaniami akceptácie zo strany pacienta voči jeho okoliu.

Zistená zvýšená frekvencia emocionálnej lability, nervozity, depresivity a nižšej frustračnej tolerancie pôsobí často v zmysle negatívneho hodnotenia jednotlivých charakteristík sociálneho faktora. A naopak, čím je pacient miernejší a má väčšiu sebadôveru, tieto aspekty hodnotí pozitívnejšie. To je v súlade s určitým

ideálom pacienta po HTx, opis ktorého ponúka Bunzel (1994). Podľa nej by takýto pacient s najlepšimi vyhliadkami na prežitie a následne dobrú kvalitu života mal byť mladší, obklopený ľuďmi, ktorí mu poskytnú emocionálnu a sociálnu podporu, pričom on sám by mal byť pokojný, s dobrou frustračnou toleranciou, neagresívny a schopný ovládať sa (Bunzel, 1994).

Človek sa v období po transplantácii cíti chorobou obmedzovaný v mnohých sférach života, cíti sa ohrozený a zbavený niektorých možností (Honzák, 1993). Spoločenská aktivita, ktorú mnohí pacienti vnímajú ako značne zriedkavejšiu (až 62 %), sa môže chápať ako dôsledok tohto pooperačného stavu a môže mať vplyv na prežívanie pacienta po HTx.

U takmer každého pacienta po HTx sa hodnotenie súčasnej finančnej situácie ako výrazne zhoršenej javí ako významný faktor. Treba však brať do úvahy vek pacientov, otázku produktívneho veku, časový odstup od HTx, sociálnoekonomické súvislosti, čo nie vždy súvisí priamo so situáciou po HTx.

Podobne citlivo vnímajú pacienti situáciu vo vzťahu k znovuzamestnaniu sa, o čom referujú i iní autori. Fisher (1995) udáva 50 % návratnosť do zamestnania v období od 4 mesiacov do 5 rokov po HTx.

Zamestnanie môže v určitom zmysle slúžiť lepšiemu začleneniu sa do normálneho života. U nezamestnaných je vyššie riziko, že svoju pozornosť koncentrujú na problémy týkajúce sa ich samých (Duitsman, 1993).

V našom súbore bolo 41 % pacientov zamestnaných. Väčšina z nich (8) pracuje neoficiálne, popri invalidnom dôchodku, čo má svoje špecifiká i riziká. Táto situácia však odráža celospoločenské problémy. Zmeny v tejto sfére by mohli významne ovplyvniť kvalitu života pacientov po HTx. Významné rozdiely v skóre kvality života medzi skupinou zamestnaných a nezamestnaných pacientov po HTx sú dobre známe (Duitsman, 1993).

Literatúra uvádza, že životná spokojnosť koreluje s pracovnou spokojnosťou vyššie ako so spokojnosťou zdravotnou (Kondáš, 1994).

Nemenej dôležitú úlohu má sociálna podpora. Zdá sa, že sociálna podpora sa považuje za jeden z najdôležitejších indikátorov dobrých výsledkov po HTx. Dokumentujú to pozorovania zameriavajúce sa na sociálnu podporu v zmysle emocionálnej podpory a starostlivosti v dyadickom vzťahu (Bunzel, 1994).

Naš súbor tvorili pacienti, ktorí boli v rôznom časovom odstupe od HTx, v rôznom veku a ich prežívanie malo rôznu kvalitu a dynamicky sa v čase menilo. Naša práca vychádza z multidimenzionality pojmu kvality života, pričom je však obohatená o istú špecifikáciu. Pacienti po HTx majú o kvalite svojho života rôzne predstavy. U mnohých dochádza k výraznej zmene oproti obdobiu pred operáciou. V práci opisujeme pacienta po transplantácii srdca s prihliadnutím na psychosociálne aspekty, pri rešpektovaní človeka v jeho jedinečnosti a bio-psycho-sociálnej jednote.

Literatúra

Bunzel B.: Der Operationserfolg nach Herztransplantation in Abhängigkeit vom Präoperativen Zustand. Wiener klin. Wschr., 102, 1990, 13, s. 375—378.

Bunzel B., Wollenek G.: Heart transplantation: are there psychosocial predictors for clinical success of surgery? Thorac. cardiovasc. Surg., 1994, 42, s. 103—107.

Duitsman D.M. a spol.: Psychosocial similarities and differences among employed and unemployed heart transplant recipients. J. Heart Lung Transplant., 13, 1993, č. 1, s. 108—115.

Fahrenberg J., Hampel R., Selg H.: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Göttingen, Hogrefe 1970.

Fisher D.C. a spol.: Changes in health-related quality of life and depression in heart transplant recipients. J. Heart Lung Transplant., 14, 1995, č. 2, s. 373—381.

Grady K.L. a spol.: Predictors of quality of life in patients with advanced heart failure awaiting transplantation. J. Heart Lung Transplant., 14, 1995, č. 1, s. 2—9.

Honzák R.: Psychosomatická problematika dializační a transplantační terapie. S. 322—326. In: Baštecký J. a spol. (Eds.): Psychosomatická medicína. Praha, Grada Avicenum 1993.

Kollárik T., Poliaková E., Ritomský A.: Freiburský osobnostný dotazník — príručka. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p., 1984, s. 4—18.

Kondáš O.: Klinická psychológia. Martin, Osveta 1980.

Kondáš O.: Kvalita života, stres a životná spokojnosť. S. 10—15. In: Strženeč M. (Ed.): Kvalita životného prostredia — psychologické a medicínske aspekty. Bratislava, Ústav experimentálnej psychológie SAV 1994.

Koženy J.: Psychometrické parametry dotazníku N5, Čs. Psychol., 26, 1982, č. 1, s. 50—61.

Mullner J., Ruiseľ I., Farkaš G.: Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p., 1980, s. 37—43.

Nôtová P.: Psychofyziologické regulačné mechanizmy vo vzťahu k fyzikálnym podnetom. Záverečná práca rezortnej úlohy MZSSR, 23-02-01. Bratislava, VÚHB 1991.

Radovanovic N.: Quality of life after open heart surgery. Novi Sad, 1996, s. 39—47.

Schreinerová Z., Fabián J.: Dlhodobé sledovanie pacientov po transplantácii srdca. Slov. Lek., 1, 1996, s. 12—15.

Walter P.J.: Quality of life after open heart surgery. S. 59. In: Abstracts the Second International Congress of Behavioral Medicine, Hamburg, July 15—18, 1992.

Do redakcie došlo 14.2.1996.