

MARIA KUŚNIERZ¹, SYLWIA KRZEMIŃSKA²

Ocena jakości życia pacjentek po przeszczepie serca ze zwróceniem szczególnej uwagi na aspekt prorodzinny – badania wstępne

Quality of Life of Patients After Heart Transplantation, Paying Particular Attention to the Family-Oriented – a Preliminary Study

¹ Studentka na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

² Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Streszczenie

Wprowadzenie. Przeszczep serca jest uważany za najskuteczniejszą oraz najbezpieczniejszą metodę leczenia schyłkowej niewydolności serca. W sposób znaczący oddziałuje na życie, a w szczególności na jego jakość, m.in. nakazując pacjentom prowadzenie odpowiedniego trybu życia oraz stosowania się do zaleceń związanych z leczeniem immunosupresyjnym oraz kontrolnymi wizytami w poradni transplantacyjnej.

Cel pracy. Ocena jakości życia pacjentek po przeszczepie serca ze zwróceniem uwagi na aspekt prorodzinny.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w poradni transplantacyjnej Śląskiego Centrum Chorób Serca oraz wśród pacjentek spoza poradni. Badaniem objęto 20 pacjentek po transplantacji serca w okresie nie krótszym niż rok. Narzędziem badawczym była autorska ankieta opracowana na potrzeby niniejszej pracy oraz kwestionariusz oceny skali nasilenia lęku, depresji oraz rozdrażnienia – HADS-M. Opracowania wyników zbiorczych dokonano z użyciem programu firmy Microsoft: Microsoft Office Excel 2007 oraz na rycinie.

Wyniki. Z analizy badań własnych wynika, że poziom subiektywnej oceny jakości życia pacjentek po przeszczepie serca w 85% zdecydowanie poprawił się w aspekcie fizycznym i emocjonalnym, w porównaniu z okresem przed operacją. Badanie oceniające nasilenie lęku, depresji oraz rozdrażnienia wykazało, że u ok. 90% pacjentek wartość omawianych kategorii utrzymywała się na niskim poziomie. 50% osób z badanej grupy wykazuje chęć założenia rodziny. Pozytywny wpływ przeszczepu serca na decyzję o założeniu rodziny deklaruje 25% kobiet. 30% spośród badanych zdecydowało się na ciążę po przeszczepie. Najczęstszymi obawami, z jakimi spotykały się pacjentki w czasie ciąży to: zagrożenie poronieniem, obawa powrotu do pełnej sprawności sprzed okresu ciąży, pogorszenie stanu zdrowia oraz w mniejszym stopniu strach przed odrzuceniem przeszczepu. Specjalista transplantolog jest lekarzem, który najczęściej prowadzi pacjentki również podczas ciąży wraz z lekarzem ginekologiem.

Wnioski. Subiektywne odczucie jakości życia wśród kobiet po przeszczepie serca zdecydowanie poprawiło się, w pełni dostosowując się do nowej rzeczywistości w różnych aspektach życia codziennego. Mimo obciążeń czekających na pacjentki w związku z ciążą, badane wykazują pragnienie założenia rodziny (Piel. Zdr. Publ. 2013, 3, 2, 111–118).

Słowa kluczowe: jakość życia, przeszczep serca, ciąża.

Abstract

Background. Heart transplant is considered to be the most effective and safest method of treating end-stage heart failure. Heart transplantation has a relevant influence on life, in particular on its quality i.e. by making the patients lead specific lifestyle and adhere the doctor's orders on the immunosuppressive treatment as well as follow-up visits in the post-transplant clinic.

Objectives. The aim of this paper is to evaluate the quality of life in heart transplant female patients with special focus on the family-oriented aspect.

Materials and Methods. The study was conducted in the outpatient transplant Silesian Centre for Heart Diseases, and among patients outside the clinic. The study included 20 patients after heart transplantation in a period of not less than 1 year. The research tool was the authoring questionnaire developed for this study and a questionnaire to assess the scale of the severity of the drug, depression and irritability, HADS-M. The compilation of the aggregated results was developed using the Microsoft program: Microsoft Office Excel 2007.

Results. The analysis of personal research shows that the level of subjective assessment of quality of life in patients after heart transplantation in 85% has significantly improved, taking into account the physical and emotional aspect, as compared with the period before the operation. Study to assess the severity of the drug, depression and irritability showed that in about 90% of female patients the value of these categories remained at a low level. 50% of the study group shows a desire to start a family. 25% of woman declare the positive impact of heart transplantation on the decision to start a family. 30% of the respondents opted for pregnancy after transplantation. The most common concerns that the patients faced during the pregnancy were: the risk of miscarriage, a fear whether they will be able to return to the full physical function from the period before pregnancy, deterioration of health, and to a lesser extent, the fear of transplant recoil. The "specialist transplantologist" is often the one who tells the patients how the progress of the pregnancy is going to look like after heart transplantation and immunosuppressive therapy.

Conclusions. The subjective feeling of quality of life in women after heart transplantation has significantly improved, fully adapting to the new reality in different aspects of everyday life. Despite the burdens the patients face resulting from pregnancy the the questionnaire woman show a desire to start a family (Piel. Zdr. Publ. 2013, 3, 2, 111–118).

Key words: quality of life, heart transplantation, pregnancy.

Od ponad 45 lat przeszczep serca jest jedną najskuteczniejszą formą leczenia pacjentów ze schyłkową niewydolnością serca. Pierwszą pionierską transplantację serca przeprowadził na terenie Republiki Południowej Afryki w 1967 r. prof. Christian Barnard, przeszczepiając serce 53-letniemu mężczyźnie z przewlekłą niewydolnością narządu wywołaną przebytymi zawałami serca. Przeszło 17 lat od światowego sukcesu, jakiego dokonał Barnard, takiej operacji podjął się prof. Zbigniew Religa wraz ze swoim zabrzańskim zespołem kardiochirurgów, rozpoczynając nową erę wśród polskiej chirurgii transplantacyjnej [1–3].

W Polsce jest 5 ośrodków, w których, jak wynika z danych uzyskanych z Centrum Organizacyjno-Koordynującego ds. Transplantacji „Poltransplant”, do końca stycznia 2013 r. wykonano 1546 przeszczepów serca. Ośrodkami tymi są:

- Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu,
- Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II,
- Instytut Kardiologii w Warszawie,
- Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,
- Klinika Kardiologii Zakładu Kardiologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu [4].

Istotą przeszczepu serca oprócz przedłużenia życia pacjentom z ciężką niewydolnością serca jest również poprawa samopoczucia pacjentów i jakości ich życia. Ocena poziomu jakości życia pacjentów jest coraz częściej traktowana jako wskaźnik skuteczności prowadzonego leczenia. U pacjentów, u których został przeprowadzony przeszczep serca należy analizować następujące wymiary jakości życia: stan fizyczny, stan emocjonalny, interakcje społeczne, status ekonomiczny oraz stan zdrowia [5, 6].

Na poczucie jakości życia wśród pacjentów po transplantacji serca wpływ mają przede wszystkim zalecenia, do których powinni się stosować. Zalecenia dla pacjentów po przeszczepie serca to: prowadzenie odpowiedniego trybu życia, dożywnie

leczenie – przyjmowanie leków immunosupresyjnych, zgłaszanie się na kontrole do ośrodka transplantacyjnego, poddawanie się badaniom podstawowym oraz specjalistycznym (koronarografia, biopsja serca). Przestrzeganie diety jest również jednym z zaleceń, ponieważ przyjmowanie leków immunosupresyjnych wiąże się z występowaniem objawów ubocznych, takich jak: hiperlipidemia, hiperglikemia oraz przyrost masy ciała. Zalecana jest dieta niskotłuszczowa oraz z ograniczeniem cukrów prostych. Niewskazane jest ponadto spożywanie bananów (ze względu na dużą zawartość potasu) i grejpfrutów, gdyż mogą powodować zwiększenie stężenia niektórych leków.

Ze względu na zwiększone ryzyko zakażeń, co może doprowadzić do odrzucenia przeszczepu, pacjenci są zmuszeni do unikania skupisk ludzkich, konieczne jest również ograniczanie do minimum nadmiernego wysiłku fizycznego, stopniowe zwiększanie aktywności fizycznej oraz bezwzględne zaprzestanie korzystania z używek (dla większości pacjentów oznacza to istotną zmianę w życiu) [5, 7, 8].

Można wyróżnić dwie grupy chorych po przeszczepie serca, u których wspomniane ograniczenia mają znaczny wpływ na poziom postrzeganej satysfakcji z życia. Do pierwszej grupy można zaliczyć chorych, którzy przez wiele lat pozostawali w ciężkim inwalidztwie spowodowanym niewydolnością serca. Druga grupa pacjentów to chorzy z szybko postępującą niewydolnością serca, wywołaną np. powikłaniem pogrypowym. Ci pacjenci subiektywną jakość życia oceniają dużo gorzej w porównaniu z grupą pierwszą, gdyż przymus przestrzegania zaleceń powoduje nagłą zmianę dotychczasowego życia oraz konieczność pilnego dostosowania się do ograniczeń [9].

Przeszczep serca w dużej mierze dotyczy również kobiet – jak wynika z danych „Poltransplantu” od 1997 r., wykonano u nich 268 takich operacji. Na poziom jakości życia pacjentek poddanych transplantacji serca oprócz aspektów fizycznych,

społecznych lub zawodowych rzutuje również możliwość założenia rodziny, a w szczególności urodzenie potomstwa [10, 11].

Naturalne u kobiety, przede wszystkim młodej osoby, jest pragnienie posiadania potomstwa. U większości kobiet po przeszczepie serca płodność powraca w ciągu roku od jego wykonania.

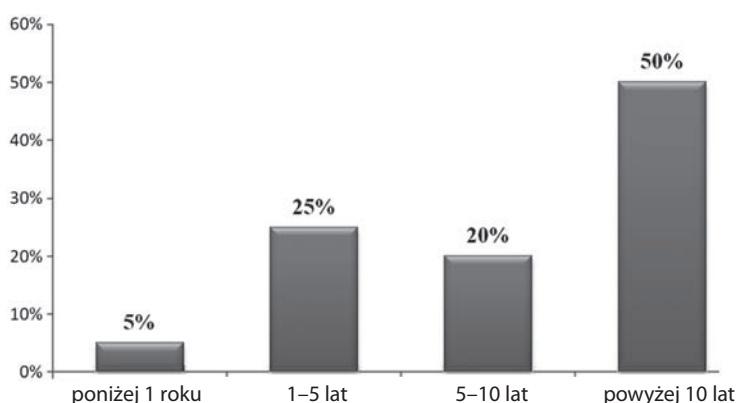
Większość planowanych ciąż nie wpływa znacząco na funkcjonowanie przeszczepionego narządu, istnieje jednak możliwość jego osłabienia, wywołanego fizjologicznymi zmianami zachodzącymi w układzie krążenia w czasie ciąży, na co zwraca szczególną uwagę zespół terapeutyczny. Poważniejsze powikłania mogą występować w przypadku ciąż nieplanowanych lub późno stwierdzonych. Leczenie immunosupresyjne stanowi duże ryzyko dla matki oraz płodu ze względu na toksyczne działanie leków. Może spowodować, np.: samoistne poronienia, wywołać poród przedwczesny, małą masę urodzeniową dziecka, opóźnienie wzrostu wewnątrzmacicznego oraz stany przedrzucawkowe [12, 13].

Z danych uzyskanych przez Sivaramana zalecany czas, jaki powinna odczekać pacjentka po przeszczepie serca planując ciążę to przynajmniej 2 lata. Mniej więcej w tym czasie przeszczepiony narząd stabilizuje swoje funkcje. W czasie ciąży oraz po jej rozwiązaniu konieczna jest regularna kontrola stężenia leków immunosupresyjnych, gdyż istnieje możliwość przenikania leku do łożyska i mleka matki. Decyzja o ciąży powinna być podjęta we współpracy z ginekologiem-położnikiem oraz transplantologiem, którzy informują pacjentkę o wszelkich problemach i możliwych powikłaniach [12–14].

Celem pracy jest ocena jakości życia pacjentek po przeszczepie serca ze zwróceniem szczególnej uwagi na aspekt prorodzinny.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 20 pacjentek w wieku 18–65 lat po przebytym przeszczepie serca,



Ryc. 1. Czas, jaki upłynął od przeszczepu serca

Ryc. 1. Time elapsed from heart transplant

w okresie minimum roku po transplantacji. Badania były prowadzone na podstawie subiektywnej oceny jakości życia respondentek, w okresie powyżej roku od przeszczepu serca. Respondentki były dobierane w sposób losowy, a kryterium włączenia chorych do badań było wyrażenie zgody na wypełnienie anonimowej ankiety.

Kwestionariusz ankiety wypełniały pacjentki poradni transplantacyjnej Śląskiego Centrum Chorób Serca w okresie od sierpnia do grudnia 2012 r. oraz osoby spoza poradni.

Narzędziem badawczym była utworzona na potrzeby niniejszej pracy autorska ankieta. Pierwszą część ankiety stanowiły pytania ogólne oraz dane socjodemograficzne pacjentek: wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, okres, jaki upłynął od przeszczepu oraz w jakim ośrodku został wykonany. W kolejnej części znajdowały się pytania dotyczące sfery biopsychospołecznej, uwzględniające w szczególności aspekt prorodzinny. Zastosowano również skalę HADS-M, oceniającą stopień występowania depresji, lęku oraz rozdrażnienia.

Do opracowania wyników liczbowych oraz graficznych wykorzystano program firmy Microsoft: Microsoft Office Excel 2007 – narzędzie służące do przedstawienia danych w sposób matematyczny i obrazowy, umożliwiając tworzenie tabel oraz wykresów.

Wyniki

Przedstawione dane są wynikami uzyskanymi po przeprowadzeniu badania pilotażowego wśród 20 pacjentek po przeszczepie serca w okresie minimum roku po transplantacji, w wieku 18–65 lat. Największą grupę stanowiły respondentki w wieku powyżej 50. r.ż., co stanowiło 40% badanej próby.

Uwzględniając okres, jaki upłynął po przeszczepie serca, rozkład próby przedstawiał się w sposób następujący (ryc. 1): najwięcej – 10 badanych pacjentek znajdowało się w przedziale powyżej 10 lat od daty transplantacji, co stanowi 50%

badanych. Wartością minimalną był rok (według kryterium włączenia do niniejszego badania).

Z analizy postrzegania subiektywnej jakości życia wśród badanych respondentek wynika, że poprawiła się u 85% (17) ankietowanych, niewiele się zmieniła u 5%. Zaledwie 2 osoby (10% badanej grupy) uważają, że jakość życia nie zmieniła się (tab. 1). W odniesieniu do okresu przed operacją, pacjentki uważają, że stan ich zdrowia zdecydowanie się poprawił – takiej odpowiedzi udzieliło 75% (15) ankietowanych. Żadna spośród badanych nie uważa, by stan jej zdrowia w porównaniu z okresem przed przeszczepem serca był dużo gorszy.

Zbadano również, w jaki sposób kształtuje się jakość życia respondentek w zależności od aktywności fizycznej. Zaobserwowano, że 70% (14) spośród wszystkich ankietowanych odpowiedziało, że po przeszczepie serca czynnie wykonuje wysiłek fizyczny. Ankietowanym, które prowadzą aktywny tryb życia zadano pytanie o rodzaj aktywności fizycznej, którą najchętniej uprawiają. Wśród najczęściej wymienianych dyscyplin sportowych wyróżnia się: jazdę na rowerze 27% oraz pływanie 20%, pozostałe odpowiedzi przedstawia tabela 2.

Zmierzono również stopień ograniczeń, z jakimi spotykają się pacjentki po transplantacji serca. Ocenie podlegały następujące czynności dnia codziennego, w których wg ankietowanych przebyta operacja wywołała ograniczenia:

a) czynności wymagające energii:

– u 7 ankietowanych (35%) występują bardzo duże ograniczenia,

– 9 pacjentek (45%) czuje nieznaczne ograniczenie,

– 20% ankietowanych nie zgłaszało żadnych ograniczeń;

b) pokonanie kilku pięter schodów:

– u 55% badanych, przebyty przeszczep nie powoduje trudności,

– 7 pacjentek (35% wszystkich ankietowanych) czuje nieznaczne ograniczenie,

– 2 pacjentki odpowiedziały, że ich wydolność fizyczna po operacji ogranicza daną czynność;

c) spacer dłuższy niż 1 km:

– 13 osób (65%) spośród badanej próby nie odczuwa żadnych ograniczeń,

– 6 ankietowanych (30%) zauważyło małe trudności w pokonaniu dystansu,

– jedynie 1 osoba (5%) zgłosiła znaczne ograniczenia;

d) czynności związane z higieną osobistą:

– 85% badanych nie ma ograniczeń podczas wykonywania danej czynności,

– 2 pacjentki (10%) zaobserwowały nieznaczne problemy,

– 1 osoba (5%) wykazuje duże ograniczenia oraz problemy.

Badanej grupie zadano pytanie odnoszące się do ich wyglądu fizycznego, a w szczególności akceptacji zmian wywołanych operacją. 55% (11) ankietowanych wykazuje pełną akceptację swojego wyglądu. W sposób umiarkowany akceptuje się 35% (7) badanych. Dla 2 pacjentek czynnik ten jest obojętny. Najczęściej czynnikiem wpływającym na pełną akceptację swojego wyglądu fizycznego przez badane pacjentki była blizna pooperacyjna – 50% wszystkich odpowiedzi. Nieco ponad 16% ankietowanych wymienia takie czynniki, jak: otyłość związana z lekami immunosupresyjnymi, nadmierne owłosienie oraz aspekty niezwiązane z przeszczepem serca, m.in. oznaki starości.

Oprócz zadania pytań oceniających ogólną jakość życia pacjentek po przeszczepie serca, podjęto próbę zbadania jakości życia w aspekcie proro-dzinnym. Pytania tej części dotyczyły: aktywności seksualnej, planowania ciąży, towarzyszących obaw związanych z przebiegiem ciąży oraz sposób pozyskiwania informacji na temat jej prowadzenia.

W badanej próbie 12 osób (60%) pozostaje w związku małżeńskim, 3 respondentki były stanu wolnego. Aktywność seksualną po przeszczepie serca deklaruje 65% respondentek, dodatkowo połowa spośród badanej grupy (10 osób) wykazuje chęć założenia rodziny. Pozytywny wpływ przebytej transplantacji serca na decyzję deklaruje 25% (5) kobiet. Pozostała część badanych (75%) odpowiedziała, iż nie widzi związku między operacją a chęcią posiadania potomstwa. Żadna z pacjentek nie odpowiedziała, by przeszczep serca był przyczyną oddale-

Tabela 1. Subiektywna jakość życia

Table 1. Subjective quality of life

Subiektywna jakość życia	n	%
Znacznie się polepszyła	17	85
Niewiele się zmieniła	1	5
Nie zmieniła się	2	10
Pogorszyła się	0	0

Tabela 2. Rodzaj aktywności fizycznej uprawianej przez respondentki

Table 2. Type of physical activity practiced by the respondents

Rodzaj aktywności fizycznej	n	%
Jazda na rowerze	8	27
Gimnastyka	4	13
Basen	6	20
Spacery	4	13
Bieganie	2	7
Siłownia	4	13
Jazda na nartach	2	7

nia postanowienia o zajściu w ciążę. W kontekście obaw oraz trudności, jakie wystąpiły w czasie ciąży, pacjentki wskazywały takie czynniki, jak: zagrożenie poronieniem – 3 odpowiedzi (18,57%), możliwość wystąpienia krwotoków w czasie ciąży i po porodzie – 3 (18,75%), obawa powrotu do pełnej sprawności sprzed okresu ciąży – 3 (18,75%), pogorszenie stanu zdrowia (w szczególności pracy graftu) – 2 (12,50%), zmęczenie – 2 (12,50%), poród przedwczesny – 1 (6,25%). Tylko u 1 pacjentki (6,25%) wystąpiła obawa odrzucenia przeszczepionego narządu, a jedna spośród ankietowanych nie wykazała żadnej obawy (tab. 3).

Tabela 3. Obawy związane z ciążą

Table 3. The concerns related to pregnancy

Obawy/trudności związane z ciążą	n	%
Problemy z zajściem w ciążę	0	0
Zagrożenie poronieniem	3	18,75
Występowanie krwotoków w czasie ciąży i po porodzie	3	18,75
Poród przedwczesny	1	6,25
Znaczne pogorszenie wyników badań	2	12,50
Nadmierne zmęczenie	2	12,50
Obawa, czy nastąpi powrót do pełnej sprawności sprzed okresu ciąży	3	18,75
Obawa przed odrzuceniem przeszczepu	1	6,25
Nie wystąpiły żadne obawy/trudności	1	6,25

Na pytanie dotyczące sposobu pozyskiwania informacji na temat przebiegu ciąży najczęściej odpowiadano: od kardiologa/kardiochirurga – 6 (46%) ankietowanych, 23% (3) od ginekologa oraz innych kobiet, u których wykonano przeszczep serca i zaszły w ciążę. Na temat leczenia immunosupresyjnego w ciąży informacje od personelu medycznego uzyskała 1 (8%) pacjentka (tab. 4), 60% (4) pacjentek od lekarza kardiologa, 26% (4) od kardiochirurga (transplantologa) oraz innych pacjentek. W jednym przypadku takie wiadomości przekazał lekarz ginekolog.

Tabela 4. Źródło informacji na temat ciąży i leczenia

Table 4. Source of information on pregnancy and treatment

Źródło informacji na temat ciąży i leczenia	n	%
Kardiolog/kardiochirurg	6	46
Ginekolog	3	23
Personel medyczny	1	8
Inne kobiety po przeszczepie serca	3	23
Środki masowego przekazu, tj. Internet, prasa, telewizja	0	0

Badanie oceniające nasilenie lęku, depresji oraz rozdrażnienia przeprowadzono za pomocą testu HADS-M. Wynik testu to suma punktów w danej kategorii (0–7 punktów – niskie, 8–10 punktów – nasilenie średnie, 11–21 – nasilenie wysokie).

W badanej grupie wartości mieszczą się w przedziale 0–7 punktów w poszczególnych kategoriach, co świadczy o ich niskim nasileniu:

– w kategorii lęku nasilenie wysokie uzyskała 1 pacjentka (5%); dla tej samej kategorii nasilenie uzyskało 80% badanych;

– w kategorii depresji nasilenie wysokie nie uzyskała żadna z pacjentek; nasilenie niskie uzyskało 90% respondentek;

– w kategorii rozdrażnienia badana grupa kobiet uzyskała niskie nasilenie.

Omówienie

Przeszczep serca od zawsze był, jest oraz na dłuższy czas pozostanie jedyną skuteczną formą ratowania życia pacjentom ze schyłkową niewydolnością serca, powodując u przeważającej części pacjentów zdecydowaną poprawę obecnego stanu zdrowia w porównaniu z okresem przed operacją [15].

W badaniu autorów również 90% pacjentek zaobserwowało taką zmianę.

Podobną zależność przedstawia Jokinen et al. – w przeprowadzonych przez niego badaniach wśród 167 pacjentów po przeszczepieniu serca aż 64% deklaruje odczuwaną poprawę ogólnego stanu zdrowia na poziomie zadowalającym i bardzo dobrym.

Marcinkowska et al. w pracy oceniającej wpływ aspektów osobistych, rodzinnych oraz społecznych na pacjentów po przeszczepie serca ukazała, że 48 pacjentów spośród 56 (86%) objętych badaniem, także zgłosiło poprawę zdrowia w istotnym stopniu [15, 16].

Odczucie zadowolenia z jakości życia jest pojmowane przez każdego człowieka w sposób indywidualny. Tematem tym w odniesieniu do osób po przeszczepie serca interesują się ośrodki na całym świecie i obejmują różne aspekty dnia codziennego [15–17]. Wyniki przedstawione przez Freire de Aguiar odwołują się do lepszego postrzegania uogólnionej jakości życia wśród kobiet w porównaniu do płci męskiej [18].

Analiza badań własnych wykazała, że 85% respondentów odczuwa znaczne polepszenie jakości życia po przeprowadzonym przeszczepie serca, zwracając szczególnie uwagę na możliwość czynnego uczestniczenia w życiu społecznym oraz rodzinnym przez: możliwość wykonywania codziennych zadań, życiowych pasji oraz odnowienie kontaktów, które niejednokrotnie zostały utra-

cone z powodu częstych oraz długotrwałych wizyt w szpitalu w związku z chorobą.

Przeszczep serca oraz zastosowana bezpośrednio po nim rehabilitacja powodują znaczne zwiększenie wydolności fizycznej. Do podstawowych zaleceń po przebytej transplantacji można zaliczyć regularny i umiarkowany wysiłek fizyczny, czyli uprawianie takich sportów, jak: jazda na rowerze, pływanie. Taki wysiłek fizyczny przyczynia się do utrzymania odpowiedniej masy ciała oraz poprawia ogólne samopoczucie i sprzyja nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich. Ograniczenia, jakie powstają w związku z wykonywaniem niektórych czynności dnia codziennego są głównie związane z okresem, jaki upłynął od przeszczepu serca, a także z wiekiem w jakim znajdowały się pacjentki w czasie operacji [8, 16]. W niniejszym badaniu zaobserwowano, że 70% wszystkich ankietowanych czynnie wykonuje wysiłek fizyczny, a najbardziej preferowanym rodzajem wysiłku jest jazda na rowerze (27%) i pływanie (20% respondentek).

Bardzo ważną rolę w życiu kobiety odgrywa wygląd zewnętrzny, który niewątpliwie wpływa na postrzeganą przez nią jakość życia. W odniesieniu do pacjentek po wykonanej operacji przeszczepu serca w szczególności warto zwrócić uwagę na ranę, a w późniejszym czasie na bliznę pooperacyjną, powstałą w wyniku wykonania sternotomii. Z badań własnych wynika, że u 50% respondentek ten właśnie powód uniemożliwia swobodną i pełną akceptację swojego wyglądu i obrazu samego siebie. Nie znaleziono materiałów naukowych opisujących i potwierdzających tę prawidłowość. Stosowane leczenie immunosupresyjne również w znaczący sposób wpływa na zmiany zachodzące w sylwetce oraz wyglądzie osób po transplantacji serca przez występowanie objawów ubocznych terapii. Zalicza się do nich m.in.: wzmożony apetyt i występowanie nadmiernego owłosienia. Badania przeprowadzone przez Flattery et al. udowodniły, że wystąpienie takich czynników, jak szybki wzrost masy ciała prowadzący do otyłości wiąże się w głównej mierze z niezastosowaniem się pacjentów do zaleceń dietetycznych. Marcinkowska et al. w swojej pracy przedstawia, że aż u 63% badanej próby w bardzo krótkim czasie od przeszczepu serca doszło do nadwagi czy nawet otyłości [16, 19].

Kolejnym czynnikiem wpływającym na jakość życia pacjentów po transplantacji serca jest możliwość wystąpienia zaburzeń depresyjnych oraz lękowych. Chorzy mogą odczuwać niepokój związany najczęściej z możliwością odrzucenia przeszczepionego narządu, częstymi wizytami w poradniach transplantacyjnych oraz przymusem wykonywania biopsji mięśnia sercowego. Z analizy badań własnych wynika, że obowiązek zastosowania się do leczenia immunosupresyjnego nie wpływa znacząco

na jakość odczuwanego życia wśród pacjentek objętych badaniem; 90% uzyskanych odpowiedzi było przeczących w odniesieniu do wpływu przyjmowania leków na codzienne funkcjonowanie. Gulla w swojej pracy wykazuje, że obowiązek zastosowania się do zaleceń lekarskich oraz prowadzenie odpowiedniego trybu życia po przeszczepie serca wpływają na obawy pacjentów [7, 20].

Badania własne wykazały, że w badanej grupie pacjentek największe obawy budzi możliwość osierocenia rodziny, a w szczególności dzieci, w razie śmierci wywołanej np. odrzuceniem przeszczepu. W literaturze przedmiotu depresja jest przedstawiana jako jedna z najczęstszych zaburzeń psychicznych występujących u pacjentów po transplantacji serca, największa zapadalność występuje w pierwszych latach po operacji. Wyniki otrzymane przez Saeed wykazują, że u 89% badanych stwierdzono występowanie łagodnego (niskiego) poziomu depresji. Co więcej, nie zaobserwowano istotniejszej rozbieżności między jakością życia zależną od stanu zdrowia (HRQoL) respondentów w 1, 3 bądź 5 roku po dokonanych przeszczepie, w każdej z ocenianych kategorii [21, 22].

Otrzymane wyniki własne nie znalazły odniesienia względem powyższych twierdzeń. Analiza standaryzowanego kwestionariusza HADS-M wypełnianego przez pacjentki po przeszczepie serca wykazała niski poziom zaburzeń depresyjnych (90%) oraz lękowych (80%). Podobny, niski poziom zaobserwowano również w kategorii rozdrażnienia, gdzie wartość wyniosła 100%.

Jednym z głównych czynników wpływających na jakość życia po przeszczepie serca wśród kobiet jest aspekt rodzinny, w szczególności możliwość jej założenia. Płodność po transplantacji serca w większości przypadków powraca po kilku miesiącach. Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że 50% respondentek wykazała chęć założenia rodziny, a co czwarta spośród ankietowanych dodała, że na tę decyzję w sposób pozytywny wpłynęła przebyta operacja przeszczepu serca.

Istnieje bardzo mały dostęp do aktualnych prac naukowych opisujących przypadki ciąży wśród kobiet po przeszczepie serca. Z analizy literatury wynika, iż częstość występowania ciąży po transplantacji serca znajduje się na trzecim miejscu po przeszczepach nerek i wątroby [12]. Jak podaje Baron et al., kiedy kobieta decyduje się na urodzenie potomstwa, powinna być szczegółowo poinformowana o ryzyku, powikłaniach grożących matce oraz dziecku. Dlatego pacjentka wymaga wysoko wyspecjalizowanej i doświadczonej opieki medycznej specjalistów z dziedziny kardiologii oraz ginekologii [11].

Odsetek ciąży w badanej grupie to 30% (4 porody naturalne oraz 2 ciążę rozwiązane przez

cięcie cesarskie). Z badań ankietowych oraz rozmów indywidualnych z pacjentkami wynika, że nie są one dostatecznie informowane o przebiegu ciąży i ewentualnych powikłaniach z nią związanych. Wykazano również brak interdyscyplinarnej współpracy między lekarzem transplantologiem a ginekologiem, co wywoływało u pacjentek niepokój i obawy związane z ciążą.

Wnioski

Subiektywnie odczuwana jakość życia u kobiet po przeszczepie serca zdecydowanie poprawiła się, a stopień tej poprawy przeważa nad niedogodnościami związanymi z leczeniem.

Pacjentki w pełni dostosowały się po transplantacji narządu do nowej sytuacji zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym.

U badanych pacjentek wg kwestionariusza HADS-M poziomy lęku i depresji są niskie.

Pacjentki po przeszczepie serca zakładają rodziny i mimo świadomości zagrożeń mogących wystąpić podczas ciąży, podejmują decyzję o posiadaniu potomstwa.

Istnieje konieczność pogłębienia wiedzy pacjentek odnośnie do przebiegu ciąży podczas leczenia immunosupresyjnego przez wysoko wyspecjalizowany i doświadczony interdyscyplinarny zespół medyczny.

Piśmiennictwo

- [1] **Sterkowicz S.**: Historia pierwszych transplantacji serca. *Kardiochir. Torakochir. Pol.* 2009, 6(3), 313–316.
- [2] **Cooper D.K.**: Christian Barnard and his contributions to heart transplantation. *J. Heart Lung Transplant.* 2001, 20/6, 599–610.
- [3] **Sterkowicz S.**: Historia medycyny. Czterdzieści lat później. *Transplantacja serca – wczoraj, dziś i jutro. Kardiochir. Torakochir. Pol.* 2007, 4(4), 423–427.
- [4] **Marcinkowska U., Joško J., Ciszewska P., Kulig M., Wojniak E., Wesołowski B.**: Wybrane aspekty codziennego życia osób po przeszczepie serca. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010, 91(2), 263–267.
- [5] **Tobiasz-Adamczyk B.**: Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia. [W:] *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego*. Red.: Kawecka-Jaszc K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. *Termedia, Poznań* 2006, 9–42.
- [6] **Gulla B.**: Psychologiczne aspekty transplantacji serca. *Psychiatr. Pol.* 2006, 2, 325–336.
- [7] **Zalecenia po przeszczepie serca** (http://www.stszabrze.pl/24-zalecenia_dla_pacjentow_po_przeszczepie_serca.html).
- [8] **Erbasan O., Kemaloglu C., Bajezid O.**: Heart transplantation. *Anatol. J. Cardiol.* 2008, 8/2, 131–47.
- [9] **Gerlei Z., Wettstein D., Rigó J., Asztalos L., Langer R.M.**: Childbirth After Organ Transplantation in Hungary. *Transplant. Proc.* 2011, 43, 1223–1224.
- [10] **Baron O., Hubaut J.J., Galetta D., Treihaud M., Horeau D., Despin P., LucMichaud J., Haloun A.**: Pregnancy and Heart-Lung Transplantation. *J. Heart Lung Transplant.* 2002, 21/8, 914–917.
- [11] **Sivaraman P.**: Management of Pregnancy in Transplant Recipients. *Transplant. Proc.* 2004, 36/7, 1999–2000.
- [12] **Kowalczyk-Amico K., Szubert M., Suzin J.**: Pacjentki po przeszczepieniu serca w praktyce lekarza ginekologa-położnika. *Ginekologia po Dyplomie* 2010, 4, 21–23.
- [13] **Migdał M., Kołodziejewski L., Wolak J., Chałupczak P., Garlicki M., Klimek M., Tomaszczyk J.**: Opis dwóch przypadków ciąży zakończonej sukcesem u kobiet po przeszczepie serca. *Ginekol. Prakt.* 2003, 11, 2, 36–38.
- [14] **Jokinen J., Hämmäinen P., Lemström K.B., Lommi J., Sipponen J., Harjula A.**: Association between gastrointestinal symptoms and health-related quality of life after heart transplantation. *J. Heart Lung Transplant.* 2010, 29/12, 1388–1394.
- [15] **Marcinkowska U., Barańska-Kosakowska A., Jaworska I., Ciszewska P., Kulig M., Wojniak E., Bartosz B., Joško J.**: Elementy stylu życia osób po przeszczepie serca. *Kardiochir. Torakochir. Pol.* 2012, 1, 126–135.
- [16] **White-Williams C., Alowiec A., Grady K.**: Who returns to work after heart transplantation? *J. Heart Lung Transplant.* 2005, 24(12), 2255–2261.
- [17] **Freire de Aguiar M., Farias D., Pinheiro M., Chaves E., Letícia I., Rolim P., de Almeida P.**: Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala Whoqol-Bref. *Arq. Bras. Cardiol.* 2011, 96(1), 60–67.
- [18] **Flattery M., Salyer J., Maltby M., Joyner P., Elswick R.K.**: Life style and health status differ over time in long-term heart transplant recipients. *Prog. Transplant.* 2006, 16/3, 232–238.
- [19] **Jaworska I., Pudło R., Pacholewicz J., Szyguła-Jurkiewicz B., Barańska-Kosakowska A., Dylewska A., Zembała M.**: Powrót do życia chorych po transplantacji i ocena jego jakości. *Kardiol. Torakochir.* 2011, 8(1), 153–156.
- [20] **Dew M., DiMartin A.**: Psychological disorders and after adult cardiothoracic transplantation. *J. Cardiovasc. Nurs.* 2005, 20/5, 51–66.
- [21] **Saeed I., Rogers H., Murday A.**: Health-related Quality of Life after cardiac transplantation: results of a UK National Survey with norm-based comparisons. *J. Heart Lung Transplant.* 2008, 27, 675–681.

Adres do korespondencji:

Sylwia Krzemińska
ul. Czereśniowa 10
55-095 Brzezia Łąka
tel.: 609 025 155
e-mail: s.krzeminska@wp.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 26.03.2013 r.

Po recenzji: 11.06.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 11.06.2013 r.

Received: 26.03.2013

Revised: 11.06.2013

Accepted: 11.06.2013