

Anna Ratajska^{1,2,3}, Władysław Sinkiewicz³¹Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu²Zakład Psychopatologii i Diagnostyki Klinicznej, Instytut Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy³II Katedra Kardiologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pacjent ze skrajną niewydolnością serca — psychospołeczne aspekty kwalifikacji do transplantacji serca

Patient with end-stage heart failure — psychosocial aspects of heart transplant qualification

Streszczenie

W krajach wysoko rozwiniętych ocena psychologiczna i psychospołeczna są standardowym etapem kwalifikacji do przeszczepu narządów mięszkowych. W Polsce przeprowadzanie takiej oceny nie jest powszechne, jednakże w niektórych ośrodkach stało się jednym z obowiązkujących etapów, na przykład w Klinice Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy. W artykule omówiono proces, składający się z występujących po sobie zdarzeń i faz, przez który przechodzi pacjent zakwalifikowany do przeszczepu serca. Proces ten omówiono z uwzględnieniem szczególnych obciążeń, których doświadczają pacjenci leczeni za pomocą metody transplantacyjnej. Przedstawiono także kryteria oceny psychologicznej oraz psychospołecznej kwalifikacji do transplantacji serca.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 2: 71–75

Słowa kluczowe: pacjent transplantacyjny, przeszczepienie serca, psychologiczna kwalifikacja do transplantacji serca, ocena psychospołeczna

Abstract

In highly developed countries psychological and psychosocial assessments are a standard procedure in the qualification process for glandular organ transplantation. In Poland such evaluation is not common although in some centers it has become a necessary stage in the qualification process for transplantation as is already the case in Cardiology Clinic of University Hospital No. 2 in Bydgoszcz. The article discusses a process that covers sequential events and phases a patient qualified for heart transplant goes through. The process takes into consideration particular burdens that patients undergoing transplantation experience. The article also presents psychological and psychosocial assessment criteria for cardiac transplantation.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 2: 71–75

Key words: transplant patient, heart transplantation, heart transplant psychological qualification, psychosocial screening

Adres do korespondencji: dr n. hum. w zakresie psychologii Anna Ratajska
Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85–094 Bydgoszcz
e-mail: aniarat@wp.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 2, 71–75
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

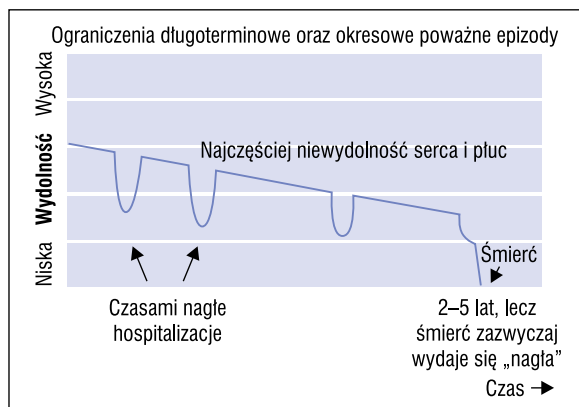
Pacjent oczekujący na transplantację serca

Pacjent oczekujący na transplantację to chory w schyłkowym stadium choroby serca, dla którego jedynym sposobem leczenia jest przeszczepienie serca. W Wielkiej Brytanii obecnie około 55 000 osób cierpi z powodu niewydolności serca (NS), a u wielu innych zostanie ona dopiero rozpoznana [1]. Wyniki leczenia wielu pacjentów nie są zadowalające, pomimo stosowania się do wytycznych, gdyż 30–40% pacjentów, u których rozpoznano NS umiera w ciągu roku, 40% umiera w ciągu roku od pierwszej hospitalizacji spowodowanej przez NS, a 5-letni wskaźnik przeżycia tych chorych jest gorszy niż chorych na nowotwory piersi czy prostaty [2–4]. Stan pacjenta wymaga ciągłej oceny i interwencji specjalistów. Na rycinie 1 przedstawiono przebieg niewydolności serca w czasie, ze wskazaniem pogarszającego się funkcjonowania chorego oraz okresów hospitalizacji [5].

Kiedy serce pacjenta znajduje się w stanie schyłkowej niewydolności i kiedy wyczerpano już metody zachowawcze oraz inne metody operacyjne, rozważa się leczenie za pomocą przeszczepienia. Wówczas przewlekłe chorujący pacjent staje w obliczu decyzji: czy zgodzić się na tę ratującą życie, a jednocześnie skrajnie zagrażającą operację, czy odmówić, zdając sobie sprawę ze śmiertelności swej choroby i konsekwencji rezygnacji z przeszczepu. Decyzja transplantacyjna jest punktem zwrotnym w życiu każdego pacjenta oraz decyzją bardzo stresującą, której podjęcie zmienia jego społeczny status. Z człowieka chorego na niewydolność serca, pacjent zmienia się w kandydata do przeszczepienia tego narządu. Chory zdaje sobie sprawę, że transplantacja serca jest nieodwracalną procedurą operacyjną, podczas której uszkodzone serce zostaje usunięte i zastąpione zdrowym sercem pochodzącym od dawcy. Życie z przeszczepionym narządem wymaga ciągłej kontroli diagnostycznej i stosowania do końca życia terapii immunosupresyjnej. Jest to drogi sposób leczenia oraz zależy od dostępności ofiarowanych serc [6]. Oprócz dotychczasowych problemów związanych z chorobą pojawiają się nowe kwestie — związane z oczekiwaniem na przeszczep. Zdarzenia, które są istotne dla człowieka kwalifikowanego do przeszczepu, okresy czasu pomiędzy nimi oraz stan zdrowia i zmiany zachodzące w każdym okresie z perspektywy transplantacji narządów opisano za pomocą linii czasu transplantacji narządów.

Linia czasu transplantacji narządów

Linia czasu transplantacji narządów (tab. 1) opisuje specyficzny proces, składający się z występujących po



Rycina 1. Trajektoria niewydolności serca [5]

sobie zdarzeń i faz, który przechodzi każdy z pacjentów leczonych za pomocą transplantacji narządu [7]. Pierwszym z nich jest ocena kandydata do przeszczepu jako potencjalnego biorcy narządu. Jeśli zakończy się ona pozytywnie, dotychczasowy „pacjent kardiologiczny” określany jest mianem „pacjenta transplantacyjnego”. Kolejne zdarzenia to oczekiwanie na narząd, operacja i okres okołoperacyjny, a następnie długoterminowe przystosowanie do transplantacji.

Czas trwania zdarzeń i faz może znacznie się różnić, ponieważ zależy od ostrości choroby pacjenta, dostępności narządu oraz potrzeb pacjenta, które się pojawiały, gdy się znajdował na liście oczekujących na transplantację. Sekwencja zdarzeń i faz przebiega podobnie wśród kandydatów i biorców wszystkich narządów mięszzowych [7].

Na czym polega psychospołeczna kwalifikacja do transplantacji serca?

Psychospołeczna kwalifikacja do transplantacji serca jest procedurą stosowaną obligatoryjnie w Kanadzie (*Clinical Guidelines For Adult Heart Transplantation* 2014) oraz w ponad 95% programów transplantacyjnych w USA. Różnica dotyczy krajów wysoko rozwiniętych i krajów o niskich dochodach. W krajach wysoko rozwiniętych ocena psychospołeczna jest standardowym etapem kwalifikacji do przeszczepu narządów mięszzowych [8, 9]. W Polsce przeprowadzanie takiej oceny nie jest powszechne, jednakże w niektórych ośrodkach stało się jednym z obowiązkujących etapów — tak jest Klinice Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy. Kryteria kwalifikacyjne kandydatów do przeszczepu mają na celu wyselekcjonowanie chorych w schyłkowym stadium choroby serca, którzy odniosą największe korzyści z wykorzystania serca dawcy. Programy transplantacyjne różnią się między sobą w zakresie uznawania

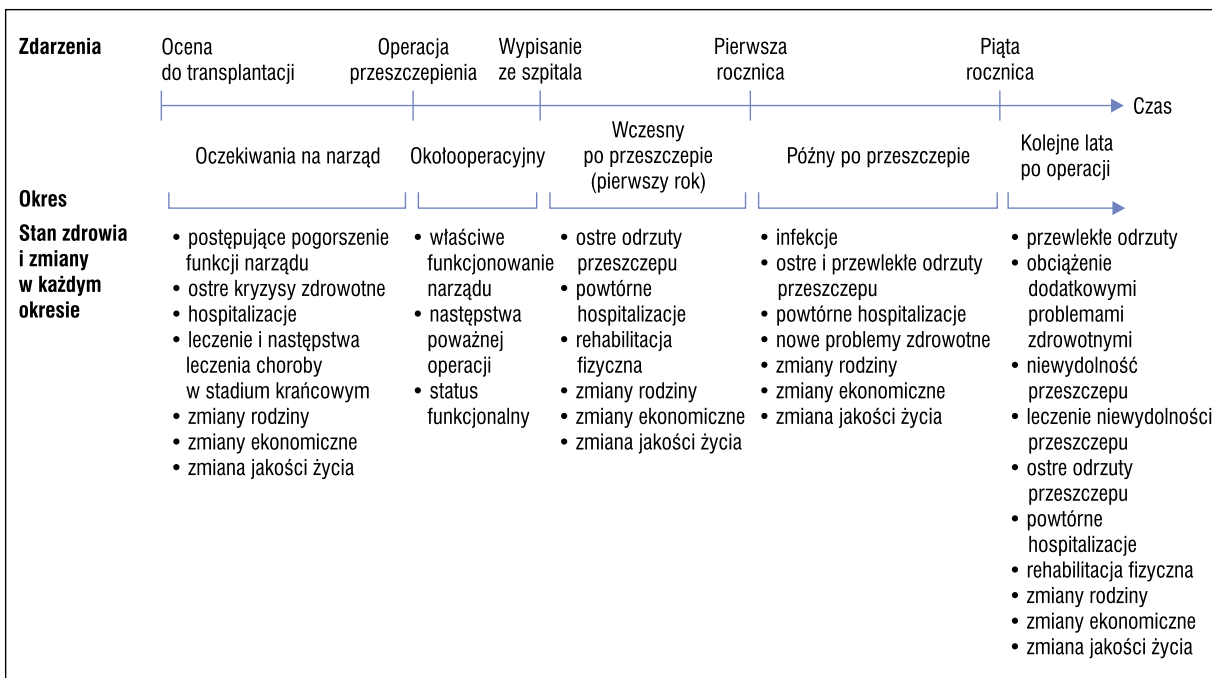


Tabela 1. Linia czasu transplantacji narządów [7]

czynników psychospołecznych za przeciwwskazania, przy czym traktowane są one raczej jako względne, niż bezwzględne. Kwestie te były przedmiotem wielu badań. W jednym z największych badań Levenson i Olbrisch [10] wykazali, że analizowane czynniki psychospołeczne różnią się w zależności od typu programu transplantacyjnego (przeszczepienia serca, wątroby, nerek) oraz w zakresie specyficznych programów przeznaczonych dla społeczności konkretnych pacjentów (np. programy przeszczepiania serca w USA).

Psychospołeczna kwalifikacja do transplantacji serca

W ciągu wielu lat funkcjonowania programów transplantacyjnych oraz poszukiwania czynników wiążących się z pooperacyjnym funkcjonowaniem pacjentów sformułowano cele przeprowadzania psychospołecznej kwalifikacji do transplantacji serca. Do głównych z nich zaliczamy:

- przewidywanie w jaki sposób pacjent będzie sobie radził ze stresem spowodowanym operacją chirurgiczną oraz wyeliminowanie lub interweniowanie kiedy pacjent nie ma możliwości, aby sobie efektywnie radzić,
- identyfikowanie współwystępujących zaburzeń psychicznych oraz planowanie odpowiednich w tej sytuacji interwencji,
- określenie czy można wyedukować pacjenta w stopniu, który umożliwi mu przyjęcie roli pacjen-

ta transplantacyjnego oraz upewnienie się, że pacjent odpowiednio rozumie procedurę transplantacyjną, aby mógł wyrazić świadomą zgodę,

- upewnienie się czy pacjent będzie w stanie zbudować z profesjonalistami opieki zdrowotnej relację opartą na współpracy,
 - zbilansowanie historii uzależnień pacjenta oraz przewidzenie czy pacjent będzie zdolny do utrzymania długotrwałej abstynencji,
 - pomoc zespołowi transplantacyjnemu w lepszym poznaniu pacjenta jako człowieka, aby zapewnić mu bardziej efektywną opieką kliniczną,
 - poznanie psychospołecznych potrzeb pacjenta i jego rodziny oraz zaplanowanie odpowiednich świadczeń w fazach oczekiwania, zdrowienia i rehabilitacji,
 - ustanowienie podstawowych miar funkcjonowania psychicznego, aby móc monitorować zmiany zachodzące w okresie pooperacyjnym.
- Konieczne jest zebranie szczegółowej historii społecznej pacjenta, która zawiera ocenę:
- wsparcia społecznego,
 - sytuacji finansowej pacjenta,
 - trosk związanych z koniecznością okresowej przeprowadzki,
 - kwestii związanych ze stylem życia,
 - zagadnień dotyczących planowania opieki u schyłku życia/woli pacjenta/deklaracji podpisywanych przez pacjenta,
 - pozostałych istotnych informacji.

Szczególnie podkreśla się znaczenie oceny strategii, które pacjent stosuje, aby poradzić sobie z kwestiami zdrowotnymi oraz krytycznymi wydarzeniami życiowymi [8].

W krajach wysoko rozwiniętych psycholog lub inny odpowiednio przygotowany specjalista (np. pracownik socjalny) pracuje z zespołem pracowników opieki zdrowotnej oraz pacjentem i jego rodziną, aby opracować realny plan dojazdów, pobytu/zakwaterowania oraz wsparcia rodziny. Plan ten następnie zostaje przedstawiony zespołowi. Jest to istotne, ponieważ obawy dotyczące zakwaterowania, wsparcia społecznego i finansów znajdują się wśród czynników, stanowiących największe obciążenia dla pacjentów i rodzin stojących w obliczu transplantacji [11]. W razie potrzeby specjaliści opieki zdrowotnej oferują swoim pacjentom poradnictwo oraz udzielają wsparcia w tym zakresie.

Ocena psychologiczna

Psycholog standardowo przeprowadza ocenę wszystkich pacjentów, którzy kwalifikowani są do transplantacji serca. Używa w tym celu wywiadu częściowo ustrukturyzowanego. Ocena psychologiczna pacjenta kwalifikowanego do przeszczepu koncentruje się na:

1. wsparciu społecznym oraz zdolności sieci wsparcia społecznego pacjenta do radzenia sobie ze stresorami związanymi z transplantacją serca,
2. sposobie, w jaki pacjent rozumie wymagania oraz ryzyko związane z transplantacją, a także wynikające z niej korzyści,
3. przestrzeganiu przez pacjenta planu opieki medycznej,
4. psychopatologii,
5. ocenie funkcjonowania poznawczego pacjenta.

Przeciwwskazania psychologiczne/psychiatryczne są najpierw weryfikowane przez psychologa, a kiedy jest to konieczne, psychiatra przeprowadza konsultację, której celem jest dokonanie kolejnej oceny i/lub wydanie drugiej opinii. W Kanadzie i USA wprowadzono punktowy system oceny czynników psychospołecznych (PACT, *Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation*), który powstał na podstawie doświadczenia klinicznego oraz piśmiennictwa dotyczącego tematu. Został zaprojektowany jako krótka i całościowa skala, która może być wypełniona w trakcie 1–2 min po przeprowadzonym wywiadzie oraz jest narzędziem zweryfikowanym. Uzyskany wynik jest udokumentowany i wskazuje na przynależność pacjenta do jednej z pięciu kategorii kandydatów do transplantacji serca (od „słaby kandydat”, gdzie operacja nie jest zalecana, do „kandydat doskonały”).

System PACT koreluje wysoko z Minnesockim Wielowymiarowym Inwentarzem Osobowości (MMPI, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) oraz miarami wsparcia społecznego. W razie potrzeby psycholog zleca także przeprowadzenie badań neuropsychologicznych.

Poza specyficzną oceną pacjenta kwalifikowanego do transplantacji, psycholog pracujący z pacjentami transplantacyjnymi regularnie monitoruje poziom doświadczanego przez nich stresu podczas wizyt w klinice, zarówno w okresie przed, jak i po transplantacji. W tym celu stosuje się wywiad kliniczny lub odpowiednie narzędzia. Przykładowo, w USA i w Kanadzie standardowo stosuje się przesiewowe narzędzie do określenia poziomu stresu psychologicznego (STOPD, *The Screening Tool for Psychological Distress*). Metodę zatwierdzono na grupie pacjentów kardiologicznych i pozwala ona na określenie poziomu ciężkości doświadczanego przez pacjenta lęku, depresji, stresu, złości oraz niskiego wsparcia społecznego. Standaryzowane punkty odjęcia stosowane są do określenia momentu, w którym należy skierować pacjenta na konsultację psychologiczną lub psychiatryczną.

Psycholog stosuje także standaryzowane testy do pomiaru psychopatologii, badania osobowości oraz wybranych zmiennych społecznych. Zmienne te wydają się pełnić rolę predyktorów wyników posttransplantacyjnych. Z kolei testy badające funkcje poznawcze wykazują znaczącą korelację z niewydolnością narządów w krańcowym stadium i wydają się także być obiecującymi predyktorami stosowania się do zaleceń, jakości życia i przeżycia pacjentów [10].

Implikacje stosowania psychospołecznej kwalifikacji do transplantacji serca

Ewaluacja w okresie przed transplantacją powinna się koncentrować raczej na zidentyfikowaniu pacjentów wymagających odpowiedniej interwencji, niż na rozpoznaniu tych, którzy powinni zostać wykluczeni z grupy kandydatów. Celem takiego podejścia jest zapewnienie pacjentom odpowiedniej pomocy, aby uzyskać najwyższą jakość życia przed oraz po transplantacji serca.

Piśmiennictwo

1. British Heart Foundation, 2015. Treating Heart Failure Patients in the Community with Intravenous Diuretics. [www.bhf.org.uk/~media/files/publications/health-care-and-innovations/iv-diuretics-in-the-community_sirivd1.pdf_\(data dostępu: 12.2015 r.\)](http://www.bhf.org.uk/~media/files/publications/health-care-and-innovations/iv-diuretics-in-the-community_sirivd1.pdf_(data dostępu: 12.2015 r.)).
2. NICE Clinical Guideline 108, Chronic Heart Failure. August 2010. www.nice.org.uk/guidance/CG108 (data dostępu: 12.2015 r.).
3. Health & Social Care Information Centre. CCG Outcomes Indicator Set England, June 2015. Quarterly publication.

- www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB17777/ccg-ind-jun-15-comm.pdf (data dostępu: 12.2015 r.).
4. Office for National Statistics, 2012. Summary: Cancer Survival in England: Patients Diagnosed, 2006–2010 and Followed up to 2011. www.ons.gov.uk/ons/dcp171780_283943.pdf (data dostępu: 12.2015 r.).
 5. Murray S. A., Kendall M., Boyd K., Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005; 330: 1007–1011.
 6. Crespo-Leiro M., Cuenca-Castillo J. Surgical treatment of heart failure: heart transplantation and ventricular restoration surgery. *Eur. Heart. J. Suppl.* 2006 (supl. E): E39–E42.
 7. Dew M.A., Manzetti J. Goycoolea J. i wsp. Psychosocial aspects of transplantation. www.medscape.com/viewarticle/436541 (12.2015 r.).
 8. Clinical Guidelines For Adult Heart Transplantation, 2014. www.transplant.bc.ca/sites/default/files/documents/files/Clinical%20Guidelines%20for%20Adult%20Heart%20Transplantation_2014_1.pdf (data dostępu: 11.2015 r.)
 9. Dew M., Switzer G., DiMartini A. i wsp. (2000). Psychosocial assessments and outcomes in organ transplantation. *Prog. Transplant.* 2000; 10: 239–261.
 10. Levenson J.L., Olbrich M.E. Psychosocial screening and selection of candidates for organ transplantation. W: Trzepacz P., DiMartini A. (red.). *The transplant patient. Biological, psychiatric, and ethical issues in organ transplantation.* Cambridge: University Press, Cambridge 2000.
 11. Dobbels F., De Geest S., Cleemput I. i wsp. Psychosocial and behavioral selection criteria for solid organ transplantation. *Prog. Transplant.* 2001; 11: 121–132.