

Jakość życia pacjentów po implantacji kardiowertera-defibrylatora

Aleksandra Bednarek¹, Małgorzata Peregud-Pogorzelska¹, Jarosław Kaźmierczak¹, Zdzisława Kornacewicz-Jach¹

¹ Klinika Kardiologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Aleksandra Bednarek, Małgorzata Peregud-Pogorzelska, Jarosław Kaźmierczak, Zdzisława Kornacewicz-Jach. Jakość życia pacjentów po implantacji kardiowertera-defibrylatora. Med. Og. Nauk Zdr. 2014; 20(3): 256–259. doi: 10.5604/20834543.1124653

Streszczenie

Wstęp. Choroby układu krążenia stanowią wiodący problem zdrowia publicznego na całym świecie. Wprowadzenie kardiowerterów-defibrylatorów (ang. ICD-implantable cardioverter-defibrillator) oraz miniaturyzacja tych urządzeń pozwoliły na radykalne wydłużenie życia pacjentów [1]. Pomimo korzyści, nieocenionej wartości ratunkowej, jaką niesie za sobą implantowany kardiowerter – defibrylator, u pacjentów występuje bardzo często pogorszenie jakości życia.

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów po implantacji kardiowertera-defibrylatora, z zastosowaniem kwestionariusza MacNew.

Materiał i metody. Badaniem objęto 30 pacjentów zakwalifikowanych do implantacji kardiowertera-defibrylatora. Zastosowano interwencję edukacyjną w tej grupie. Do oceny jakości życia wykorzystano dwukrotnie standaryzowany kwestionariusz MacNew, który pozwolił oszacować trzy podstawowe sfery: psychiczną, społeczną i fizyczną pacjentów po implantacji urządzenia.

Wyniki. Analizując różnice między dwoma pomiarami parametrów kwestionariusza, w grupie badanej zaobserwowano istotny statystycznie wzrost wszystkich jego wartości. Wskaźnik stanu emocjonalnego wzrósł średnio o 0,51; wskaźnik poziomu kontaktów społecznych wzrósł średnio o 0,51; wskaźnik wydolności fizycznej wzrósł średnio o 0,49.

Wnioski. Podjęte działania edukacyjne spowodowały wzrost jakości życia pacjentów z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem. Wskazuje to na potrzebę wdrażania odpowiednich programów zintensyfikowanej edukacji w tej grupie pacjentów.

Słowa kluczowe

kardiowerter-defibrylator, ICD, jakość życia, MacNew, implantacja

WSTĘP

Medycyna opiera się w głównej mierze na obiektywnych parametrach fizjologicznych, upatrując w ich poprawie dowodu na polepszenie ogólnego stanu zdrowia, często nie uwzględniając innych jego elementów [2].

Jakość życia jest pojęciem odzwierciedlającym subiektywną ocenę czynności życiowych człowieka – funkcji somatycznych, psychicznych i społecznych. Jest pojęciem wielowymiarowym, poza tym, że odzwierciedla funkcjonowanie psychiczne, fizyczne i społeczne, to jednocześnie stanowi wskaźnik oceny opieki medycznej sprawowanej nad pacjentem. Warunkiem dobrego leczenia jest kompromis między dążeniem do osiągnięcia celów terapeutycznych a wpływem zastosowanej terapii na jakość życia [3].

Doświadczenia pacjenta podlegają zawsze poznawczemu, racjonalnemu osądowi przez niego samego. Subiektywna ocena jakości życia, oczekiwań i potrzeb w istotnych dla niego obszarach, wywołują pewną reakcję emocjonalną, charakterystyczny rodzaj satysfakcji bądź jej braku, co przekłada się na jakość życia.

Pacjenci z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem wymagają szczególnej obserwacji i troski, ponieważ są grupą o wysokim ryzyku wystąpienia zaburzeń lękowych

i depresyjnych. Najczęściej wymieniany przez pacjentów lęk przed wyładowaniami jest źródłem złego samopoczucia, a także ograniczania aktywności.

CEL PRACY

Celem pracy było określenie, przy pomocy standaryzowanego kwestionariusza MacNew, jakości życia pacjentów po implantacji kardiowertera-defibrylatora.

Cele praktyczne to określenie czynników warunkujących zmianę jakości życia po implantacji kardiowertera-defibrylatora oraz ocena stopnia poprawy jakości życia po wdrożeniu edukacji i opieki psychologicznej u pacjentów po implantacji kardiowertera-defibrylatora.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 30 pacjentów zakwalifikowanych do implantacji kardiowertera-defibrylatora, hospitalizowanych w Klinice Kardiologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Badanie prowadzono w dwóch etapach: przed implantacją kardiowertera-defibrylatora oraz sześć miesięcy od wszczęcia urządzenia. Etap pierwszy obejmował moment hospitalizacji pacjenta celem implantacji ICD, badanie podmiotowe, wnikliwą analizę dokumentacji medycznej oraz wypełnienie przez pacjentów standaryzowanego kwestionariusza do oceny jakości życia pacjentów kardiologicznych.

Adres do korespondencji: Aleksandra Bednarek, Klinika Kardiologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Zakład Zdrowia Publicznego
E-mail: aleksandrabednarek12@wp.pl

Nadesłano: 13 stycznia 2014 roku; Zaakceptowano: 2 maja 2014 roku

Do celów zintensyfikowanej interwencji edukacyjnej, oprócz specjalistycznej opieki kardiologa i psychologa w przyklinicznej poradni, wykorzystano szereg materiałów dydaktycznych zgodnych z aktualnym piśmiennictwem, ukierunkowanych na wywieranie wpływu i promowanie pozytywnych zachowań w zakresie funkcjonowania pacjentów tej grupy. Zaprezentowano filmy edukacyjne dotyczące struktury i zasad działania kardiowertera-defibrylatora, metody implantacji urządzenia oraz podstawowe zalecenia przed i po jego wszczęciu. Pacjenci otrzymali materiały edukacyjne dotyczące:

- zagrożeń i ograniczeń związanych z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem,
- postępowania w stanach zagrożenia życia,
- profilaktyki chorób serca poprzez określoną aktywność fizyczną, dietę hipolipemiczną, zaleconą farmakoterapię.

Po sześciu miesiącach od implantacji kardiowertera-defibrylatora, podczas wizyty kontrolnej pacjentów proszono o ponowne wypełnienie kwestionariusza.

NARZĘDZIE BADAWCZE

W badaniu wykorzystano kwestionariusz MacNew (*The MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life*) służący do określenia jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia pacjentów kardiologicznych. Polska wersja językowa ostatecznie zatwierdzona w 2003 roku, posiada strukturę czynnikową, trafność i rzetelność prawie całkowicie pokrywającą się z wynikami wersji oryginalnej. Adaptowany do polskich warunków kwestionariusz, składający się z odpowiednio wyselekcjonowanych, celowych pytań, pozwolił wyczerpująco zdefiniować podjęty temat.

Kwestionariusz składa się z 27 stwierdzeń skonstruowanych w celu subiektywnej oceny, wyodrębniono w nim trzy podskale określające wymiar emocjonalny, fizyczny i społeczny.

Na wymiar emocjonalny składa się średnia z czternastu pozycji, na wymiar fizyczny i społeczny średnie z trzynastu pozycji, obliczanych według zalecanego systemu (Recommended Scoring System). Osoby badane odpowiadały za pomocą 7-stopniowej skali Likerta. Wynik obliczono dla każdego wymiaru oddzielnie, poprzez sumowanie wag i dzielenie przez liczbę pytań, na które udzielono odpowiedzi w ramach danego wymiaru.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ PRÓBY

W celu charakterystyki badanej próby, analizie zostały podane wybrane dane kliniczne, tj. płeć, status socjoekonomiczny, wartość BMI, klasa NYHA, wskazanie do implantacji urządzenia.

W całości badanej próby było 26 mężczyzn (86,67%) i 4 kobiety (13,33%). 18 pacjentów to osoby będące na emeryturze bądź rencie (60,00%), 12 to osoby pracujące (40,00%). W grupie badanej było 6 osób z prawidłową masą ciała (20,00%), 17 z nadwagą (56,67%), a pozostałych 7 (23,33%) z otyłością.

Klasę NYHA I stanowiły 4 osoby grupy badanej (13,33%), NYHA II – 15 osób (50,00%), NYHA III stanowiło 10 pacjentów (33,33%), a w klasie NYHA IV była 1 osoba (3,33%) populacji badanej.

Do implantacji kardiowertera-defibrylatora w ramach prewencji wtórnej po zatrzymaniu krążenia zakwalifikowanych zostało 7 osób (23,33%).

W ramach prewencji pierwotnej, zaburzenia rytmu serca pod wieloma postaciami u 10 osób (33,3%) okazały się wskazaniem do wszczęcia urządzenia, a z niewydolnością krążenia zakwalifikowano do zabiegu 13 pacjentów (43,33%).

Analiza różnic wybranych zmiennych nominalnych charakteryzujących próbę badaną wykazała, że nie są to wartości istotne statystycznie, tym samym można przyjąć stwierdzenie, że badana próba nie różniła się między sobą istotnie statystycznie parametrami wyjściowymi.

WYNIKI

Wyniki pomiarów dotyczące jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia badanej próby.

Za pomocą standaryzowanego kwestionariusza MacNew określono stan emocjonalny, poziom kontaktów społecznych oraz wydolność fizyczną pacjentów w grupie badanej. Pomiarów dokonano przed implantacją kardiowertera-defibrylatora oraz po sześciu miesiącach od zabiegu. Tabela 1 prezentuje otrzymane wyniki.

Tabela 1. Wyniki badania kwestionariuszem MacNew

MacNew	Grupa badana (n=30)		Poziom Istotności statystycznej p*
	Średnia ± SD	Mediana (IQR)	
Pomiar przed implantacją kardiowertera-defibrylatora			
Stan emocjonalny	4,29 ± 0,91	4,3 (1,35)	0,23
Poziom kontaktów Społecznych	4,3 ± 0,93	4,38 (1,48)	0,22
Wydolność fizyczna	4,26 ± 0,98	4,36 (1,64)	0,16
Pomiar po sześciu miesiącach od implantacji kardiowertera-defibrylatora			
Stan emocjonalny	4,8 ± 0,98	5,04 (1,61)	0,000845
Poziom kontaktów Społecznych	4,82 ± 1,02	5,08 (1,64)	0,000657
Wydolność fizyczna	4,75 ± 1,03	4,95 (1,45)	0,000225
Różnica między pomiarem przed i po implantacji kardiowertera-defibrylatora **			
Stan emocjonalny	0,5 ⁺⁺⁺	0,5	0,17
Poziom kontaktów Społecznych	0,51 ⁺⁺⁺	0,56	0,12
Wydolność fizyczna	0,49 ⁺⁺⁺	0,52	0,3

* test U Manna-Whitneya

** test kolejności par Wilcoxon: ⁺ p<0,05, ⁺⁺ p<0,01, ⁺⁺⁺ p<0,001

Analizując różnice między dwoma pomiarami parametrów kwestionariusza, w grupie badanej zaobserwowano istotny statystycznie wzrost wszystkich jego wartości:

- wskaźnik stanu emocjonalnego wzrósł średnio o 0,51;
- wskaźnik poziomu kontaktów społecznych wzrósł średnio o 0,51;
- wskaźnik wydolności fizycznej wzrósł średnio o 0,49.

Oznacza to, że wszystkie trzy mierzalne parametry kwestionariusza MacNew w grupie badanej, mierzone po sześciu miesiącach od implantacji kardiowertera-defibrylatora, przyjmowały wyższe wartości. Grupa poddana zintensyfikowanej interwencji edukacyjnej określiła swój poziom jakości życia na wyższy niż przed implantacją kardiowertera-defibrylatora.

DYSKUSJA

Chorzy po implantacji ICD mają liczne problemy życiowe. Są one różnicowane i można je podzielić na kilka typów: zaburzenia sfery emocjonalnej (zwłaszcza zaburzenia lękowe), zaburzenia stosunków rodzinnych, ograniczenie aktywności fizycznej, ograniczenie czynności zawodowych oraz problemy wynikające z chorób współistniejących (np. choroby niedokrwiennej serca) [4]. Należy podkreślić, że poprawa jakości życia ma istotne znaczenie dla tej grupy chorych i ich rodzin, a połączenie regularnego wysiłku fizycznego z interwencjami ukierunkowanymi na modyfikację stylu życia oraz czynników ryzyka ma korzystny wpływ na przebieg schorzeń sercowo – naczyniowych. Trening fizyczny, połączone z edukacją, wsparciem, terapią behawioralną oraz innymi interwencjami psychospołecznymi i poradnictwem, stanowi istotną strategię prewencji wtórnej w kardiologii.

Wymiar psychiczny

Wymiar psychiczny jest ściśle związany z indywidualnym spojrzeniem pacjenta na trudności, jakie napotyka w zaspokajaniu swoich podstawowych potrzeb. Poza subiektywnym odzwierciedleniem swojego stanu zdrowia, jest to również obraz własnej sytuacji związanej z chorobą serca, jak i bagaż emocji związanych z chorobą. Wsparcie psychologiczne udzielone badanym przynosi znaczące korzyści, co również potwierdzili w swych badaniach Blotcher i Ockene [5], Knaeksted i Arndt [6], Marshall i Ketchell [7].

Kształtowanie adekwatnego nastawienia do wyładowań ICD, wyjaśnienie mechanizmów działania urządzenia, odpowiedzi na pytania pacjentów, profilaktyka nieprawidłowych zachowań pozwala uniknąć wielu problemów psychologicznych oraz poprawić jakość życia w tej grupie pacjentów, co bez wątpienia niesie wiele korzyści.

Wymiar społeczny

Ludzie w każdej społeczności należą do grup charakteryzujących się pragnieniem przynależności, akceptacji i integracji społecznej [8]. Choroba często wyzwała w pacjentach negatywne emocje, co zagraża więzom społecznym. Lęk, osamotnienie, poczucie winy, mogą skutkować znacznym ograniczeniem w rolach rodzinnych i zawodowych, czasami nawet izolacją. Występowanie wyładowań ICD u pacjentów z implantowanym urządzeniem jest związane ze zwiększeniem stresu psychologicznego dla odbiorców i ich rodzin. W wielu publikacjach autorzy, jak Ford i Sears [9] czy Cinax i Tosun [10], zwrócili uwagę na to bardzo niepokojące zjawisko, gdyż relacje społeczne są jednym z ważniejszych, jeśli nie najważniejszych korelatem szczęścia [8].

W badaniu wykazano, że zakres kontaktów społecznych uległ zwiększeniu po sześciu miesiącach od implantacji kardiowertera–defibrylatora, co może być efektem zastosowanych działań edukacyjnych w badanej populacji.

Wymiar fizyczny

Wysiłek fizyczny jest nieodzownym elementem terapii chorób układu krążenia. Pacjentom po implantacji kardiowertera–defibrylatora zaleca się ograniczenie intensywnych i częstych ćwiczeń fizycznych, jednak chorzy często prezentują postawę ograniczającą go do minimum.

W przeprowadzonym badaniu zostały osiągnięte zadowalające wyniki w sferze aktywności fizycznej, której poziom w badanej próbie wzrósł średnio o 0.49. Jest to związane

z edukacją i poradnictwem dotyczącym zmniejszenia nasilenia objawów, właściwą oceną ryzyka wystąpienia zdarzenia sercowego. Wyraźne tendencje spadkowe wydolności i aktywności fizycznej u pacjentów po implantacji kardiowertera–defibrylatora przedstawili w swych publikacjach Cessarino i Beccaria [11], Morken i Severinsson [12], Vanhees i Kornaat [13] oraz Isaksen i Morken [14], wskazując przy tym na potrzebę wdrażania odpowiednich programów rehabilitacyjnych, działań obejmujących optymalizację leczenia zachowawczego i inwazyjnego.

Znaczna część chorych wymaga psychologicznego, emocjonalnego wsparcia, pomocy w przystosowaniu się do życia z wszczepionym urządzeniem. W przeprowadzonych badaniach dokonano próby oszacowania trzech podstawowych sfer: psychicznej, społecznej i fizycznej pacjentów z implantowanym kardiowerterem–defibrylatorem. Zastosowana interwencja edukacyjna, wzbogaconą o szereg materiałów dydaktycznych, spowodowała wzrost jakości życia pacjentów z implantowanym urządzeniem.

Niniejsze badanie przynosi obserwacje dotyczące zachowań zdrowotnych pacjentów po implantacji ICD. Wykazuje ono, że programowanie działań profilaktycznych, promujących zdrowie w tej grupie chorych kształtuje właściwe zachowania zdrowotne i staje się pomocne w nabywaniu i pielęgnowaniu prawidłowej postawy wobec swojego zdrowia i całego życia.

WNIOSKI

W niniejszej pracy wykazano, że pacjenci objęci zintensyfikowaną interwencją edukacyjną, po półrocznym okresie od implantacji urządzenia, odznaczali się jakością życia na wyższym poziomie. Można zatem wnioskować, że podjęte działania edukacyjne miały znaczący wpływ w efekcie końcowym.

Podsumowując, trening fizyczny połączony z edukacją, wsparciem, terapią behawioralną oraz innymi interwencjami psychospołecznymi i poradnictwem, stanowi istotną strategię prewencji wtórnej wśród pacjentów z implantowanym kardiowerterem–defibrylatorem. Tradycyjnie pojmowana edukacja zdrowotna, utożsamiana z upowszechnieniem norm dotyczących zachowań zdrowotnych, posiada nieocznione znaczenie w przebiegu profilaktyki. W toku procedury diagnozy i leczenia należy zwracać uwagę na kompleksowe działania edukacyjne – nastawione na zmianę przekonań i zachowań związanych ze zdrowiem [15].

Z poczynionych obserwacji wynika, że rehabilitacja kardiologiczna indywidualnie dostosowana do pacjentów, połączona z programem psychoedukacji, miała wpływ na poprawę jakości życia w grupie badanej. Jest to kolejny dowód na nieocenioną wartość kompleksowego programu psychologiczno – edukacyjnego.

Niezmiernie ważne staje się określenie istoty strategii psychologicznych, wsparcia i edukacji niezbędnych w minimalizowaniu objawów niepokoju, lęku czy depresji w tej grupie odbiorców. Przegląd literatury oraz wyniki badań własnych potwierdzają konieczność stosowania i modyfikowania programów edukacyjnych dla pacjentów z implantowanym ICD. Dlatego podczas prowadzonej diagnostyki i w trakcie leczenia należy zwracać uwagę na kompleksowe działania edukacyjne, nastawione na zmianę przekonań i zachowań związanych ze zdrowiem jako na postulaty mające na celu optymalizację funkcjonowania w tej grupie.

PIŚMIENNICTWO

1. Suwalski K, Przybylski Z. Leczenie chorych zagrożonych nagłym zgonem sercowym przy pomocy automatycznego kardiowertera-defibrylatora – wyniki własne. *Nowa Med.* 1999; 2: 23–26.
2. Jaeschke R, Guyatt G, Cook D, Miller J. Evidence based medicine, czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach. *Med Prakt.* 1999; 4: 77–83.
3. Wełnicki M, Mamcarz A. Jakość życia pacjentów kardiologicznych. *Kardioprof.* 2009; 7: 368–673.
4. Niedoszytko P, Zielińska D, Bakula S. Rehabilitacja pacjentów po implantacji wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora. *Chor Serca Naczyń* 2007; 4(2): 99–104.
5. Salmoragio-Blotcher E, Ockene IS. Methodological limitations of psychological interventions in patients with an implantable cardioverter-defibrillator (ICD). A systematic review. *BMC Cardiovasc Disord.* 2009; (9): 56.
6. Knackstedt C, Arndt M, Mischke K, et al. Depression, psychological distress, and quality of life in patients with cardioverter defibrillator with or without cardiac resynchronization therapy. *Japan: Heart Vessels*; 2013: 6.
7. Marshall P, Ketchell A, Maclean J. Comparison of male and female psychological outcomes related to implantable cardioverter defibrillators (COMFORTID). *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2012; 11(3): 313–321.
8. Leśniak W, Lorens P. Postępowanie w chorobach układu sercowo – naczyniowego. Wybrane wytyczne i stanowiska. *Med Prakt.* 2012; 235–240.
9. Ford J, Sears SF, Shea JB, et al. Cardiology patients page. Coping with trauma and stressful events as a patients with an implantable cardioverter-defibrillator. *Circulation* 2013; 127(4): 426–430.
10. Cinar FI, Nosun N, Kose S. Evaluation of an education an follow-up programme for implantable cerdioverter defibrillator-implanted patients. *J Cardiovasc Nurs.* 2013; 22(17–18): 2474–2486.
11. Cessarino C, Beccaria L, Aroni M, et al. Quality of life of patients with implantable cardioverter-defibrillator: the usage of SF-36 Questionnaire. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2011; 26(2): 238–243.
12. Morken IM, Severinsson E, Karlsen B. Reconstructing unpredictability: experiences of living with an implantable cardioverter defibrillator over time. *J Cardiovasc Nurs.* 2010; (19): 537–546.
13. Vanhees L, Kornaat M, Defoor J, et al. Effect of exercise training in patients with an implantable cardioverter defibrillator.” *Eur Heart J.* 2004; 2: 1120–1126.
14. Isaksen K, Morken IM, Munk PS. Exsercise training and cardiac rehabilitation in patients with implantable cardioverter defibrillators: a review of current literature focusing on safety, effects of exercise training, and the psychological impact of programme participation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2012; (19): 804–812.
15. Wrześniewski K, Włodarczyk D. Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. *Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne*; 2004: 199–207.

The quality of life of patients after implantation of cardioverter-defibrillator

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are the leading public health problem worldwide. Introduction: Cardioverter-defibrillators (ICD- implantable cardioverter-defibrillator) and the miniaturization of these devices allow for a radical extension of life. Despite the inestimable rescue value brought by implantable cardioverter – defibrillator, in this group of patients a deterioration of the quality of life often occurs.

Objective: The aim of this study was to assess the quality of life of patients after the implantation of cardioverter defibrillators using a MacNew questionnaire.

Material and methods: The study included 30 patients qualified for implantation of a cardioverter-defibrillator. Educational intervention was used in this group. To assess the quality of life, the standardized MacNew questionnaire was applied twice, to estimate the three main spheres of the patients: psychological, social, and physical after implantation of the device.

Results: Analyzing the differences between the two measurements of parameters of the questionnaire in the study, a statistically significant increase in all its values was observed. The emotional status indicator increased by 0.51, on average; the level indicator of social contacts increased by 0.51, on average, and exercise capacity index increased by 0.49, on average.

Conclusions: The educational activities undertaken increased the quality of life of patients with implantable cardioverter-defibrillator. This indicates that there is a need for intensified implementation of the programmes of education in this group of patients.

Key words

implantable cardioverter-defibrillator, ICD, quality of life, MacNew, implantation