

**Jolanta Siwińska**

Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii  
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

---

# Psychologiczna pomoc pacjentom poddawany transplantacji serca i operacji wszczepienia mechanicznego wspomaganie krążenia

## Psychological support to patients undergoing the heart transplantation (HTX) and implantation of Left Ventricular Assist Device (LVAD)

---

### STRESZCZENIE

Celem pracy jest przedstawienie medycznych i psychologicznych aspektów życia pacjenta z przeszczepionym sercem i wszczepionym mechanicznym wspomaganie krążenia. Praca przedstawia wypracowany w Oddziale Transplantologii i Mechanicznego Wspomaganie Krążenia model pomocy psychologicznej. Transplantacja serca i wszczepienie mechanicznego wspomaganie krążenia (LVAD – *Left Ventricular Assist Devices*) to nowoczesne metody leczenia pacjentów ze skrajną niewydolnością krążenia. Obie metody terapii związane są z różnego rodzaju psychologicznymi oraz etycznymi dylematami i wątpliwościami. Wymagają psychologicznej adaptacji do nowego trybu życia. Procedura kwalifikacji do leczenia wymaga oceny psychologicznej i określenia czynników ryzyka nieprzestrzegania zaleceń medycznych oraz wystąpienia zaburzeń adaptacyjnych. W okresie przed- i pooperacyjnym stosowana jest głównie terapia podtrzymująca i edukacja prozdrowotna, obejmujące pacjenta i jego rodzinę. Celem pracy psychologa jest tworzenie realnego obrazu sytuacji oraz wskazanie mechanizmów radzenia sobie z konkretnymi problemami. W ocenie zespołu terapeutycznego praca psychologa jest niezbędnym elementem procesu leczenia.

**Słowa kluczowe:** transplantacja serca (HTX), mechaniczne wspomaganie krążenia (LVAD), pomoc psychologiczna

### ABSTRACT

The aim of the study is to present medical and psychological aspects of a patient's life with a transplanted heart and implanted a Left Ventricular Assist Device and a devel-

---

Adres do korespondencji: [jolanta.siwinska@gmail.com](mailto:jolanta.siwinska@gmail.com)

oped model of psychological support in the Transplantology and Mechanical Circulatory Support Department. Heart Transplantation and implantation of Left Ventricular Assist Device are modern methods of medical treatment. Both methods of therapy are associated with various dilemmas and doubts and require psychological adaptation to a new way of life. The procedure of qualification for treatment requires a psychological assessment and determination of risk factors for non-compliance with medical recommendations and the occurrence of adjustment disorders. In the period before and after surgery it is mainly used supportive therapy and health education. Psychological care is covered by the patient and his family. According to the team psychologist's therapeutic work is an essential part of the treatment process.

**Key words:** heart transplantation (HTX), Left Ventricular Assist Device (LVAD), psychological support

## Wstęp

Transplantacja serca i wszczepienie mechanicznego wspomaganie krążenia (LVAD – *Left Ventricular Assist Devices*) to nowoczesne metody leczenia pacjentów ze skrajną niewydolnością krążenia. Od pacjentów wymaga się zdyscyplinowania w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, systematycznego wykonywania badań kontrolnych i okresowych hospitalizacji. Podstawowe leki stosowane u biorców narządów, działając na układ odpornościowy, zwiększają ryzyko zakażeń bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych oraz rozwoju nowotworów. Mogą pojawić się uciążliwe dla chorego objawy uboczne. W wielu przypadkach dochodzi do polekowego uszkodzenia nerek, wątroby czy trzustki. Występuje większa skłonność do miażdżycy, nadciśnienia i cukrzycy. Warunkiem życia po przeszczepie serca jest nie tylko stosowanie się do zaleceń lekarskich przez dyscyplinę w zażywaniu leków immunosupresyjnych, ale także przez podjęcie działań prozdrowotnych. Niezbędna jest zmiana diety, trybu życia i utrzymywanie wysokich standardów higienicznych (Sobczyk, Wierzbicki, 2002; Przybyłowski, Kapelak, 2009).

Wszczepienie LVAD polega na wprowadzeniu pompy przez koniuszek serca i połączenie jej, przez powłoki brzuszne, tzw. linią życia ze sterownikiem noszonym stale przez pacjenta. Sterownik znajduje się w specjalnej

torbie, która może być noszona na pasie lub na ramieniu. LVAD mają zastosowanie u pacjentów oczekujących na transplantację serca – jako pomost do przeszczepu. Urządzenia również są implantowane u chorych na pewien okres, w którym na skutek odciążenia lewej komory dochodzi do poprawy klinicznej i hemodynamicznej. U osób tych mówi się o tzw. pomocy do wyzdrowienia, ponieważ usunięcie LVAD nie wiąże się z koniecznością wykonania transplantacji. Trzecią grupę stanowią pacjenci, którzy nie kwalifikują się do wykonania przeszczepu. Wszczepienie LVAD stanowi u nich docelową formę leczenia. Życie z LVAD daleko odbiega od normalnego. Niezbędne jest drobiazgowo monitorowanie stanu zdrowia, ścisły nadzór medyczny i skrupulatne przestrzeganie najdrobniejszych szczegółów zaleceń medycznych. W okresie pooperacyjnym konieczne jest prowadzenie leczenia przeciwzakrzepowego wiążącego się z monitorowaniem wskaźnika INR i codziennym zażywaniem antykoagulantów. Istnieje ryzyko pojawienia się różnego rodzaju komplikacji. Do najczęstszych należą: neurologiczne – takie jak udar TIA, encefalopatia (na podłożu toksyczno-metabolicznym), dysfunkcje poznawcze – oraz infekcje i zakażenia (sepsa), krwawienie, wykrzepianie pompy, uszkodzenie LVAD i reoperacja (Misterski, Perek, 2010).

Choroba zmusza pacjenta do podejmowania trudnych decyzji związanych z proponowanymi metodami leczenia, często

wymagającymi całkowitej zmiany trybu życia. Przez przestrzeganie zaleceń pacjent ma możliwość kontrolowania swojej sytuacji zdrowotnej. Wyrażając zgodę na leczenie, przejmuje częściową odpowiedzialność za jego przebieg, a konieczna modyfikacja stylu życia jest jednym z jej przejawów. Obie metody terapii związane są z różnego rodzaju dylematami i wątpliwościami. Chorzy zgłaszają lęk przed operacją, przed śmiercią i poczucie oczekiwania na zgon innej osoby. W przypadku transplantacji serca pojawiają się obawy przed wpływem przeszczepionego narządu na psychikę. Padają pytania o możliwe zmiany charakteru, dominujących cech osobowości czy inne niż do operacji funkcjonowanie emocjonalne. Istotnym problemem jest psychiczna akceptacja narządu pochodzącego od zmarłej osoby. Jej brak może spowodować poważne zaburzenia adaptacyjne i brak satysfakcjonującej jakości życia. Mimo wielu lat przeszczepiania narządów w Polsce pojawiają się obawy przed społeczną akceptacją w miejscu zamieszkania i niepewność co do stanowiska Kościoła.

Pacjenci kwalifikowani do wszczepienia LVAD boją się całkowitej zależności od urządzenia, poczucia bycia jak „Iron Man”. Niepokoją się możliwością uszkodzenia pompy czy linii życia, ale także napadu (urządzenie w torbie przypomina laptop). Starannie planują rozkład dnia, godziny i miejsca wychodzenia z domu, tak by zapewnić sobie maksimum bezpieczeństwa. Chory musi wskazać jedną osobę z rodziny, która będzie nad nim sprawować opiekę i odbędzie szkolenie z obsługi LVAD oraz zasad leczenia przeciwzakrzepowego.

## Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie medycznych i psychologicznych aspektów życia pacjenta z przeszczepionym sercem i wszczepionym mechanicznym wspomaganie krążenia oraz modelu pomocy psychologicznej wypracowanego w Oddziale Transplantologii i Mechanicznego Wspomagania Krążenia.

## Procedura psychologicznej oceny podczas kwalifikacji do leczenia operacyjnego

Psychologiczna opieka rozpoczyna się podczas procedury kwalifikacji pacjenta do leczenia. Polega nie tylko na urealnianiu obrazu choroby i leczenia, udzielaniu doraźnego wsparcia, ale także na wydaniu opinii psychologicznej. Opinia obejmuje diagnozę możliwości przystosowania się pacjenta do specyficznego trybu życia i przestrzegania zaleceń lekarskich. Określa także czynniki mogące zaburzyć funkcjonowanie i współpracę pacjenta w okresie pooperacyjnym (Siwińska, 2004). Niezbędna jest też ocena sprawności poznawczej w kontekście obsługi LVAD, stosowania leczenia przeciwzakrzepowego czy immunosupresyjnego. Konieczne jest ustalenie źródeł oraz jakości dostępnego wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Ważnym elementem jest zdiagnozowanie czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych i nieprzestrzegania zaleceń medycznych. Wśród najważniejszych wymienia się wcześniejsze leczenie psychiatryczne i neurologiczne, młody wiek, niski poziom wykształcenia, odległe miejsce zamieszkania. Podkreślane jest niekorzystne działanie braku wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego, nieefektywnych mechanizmów radzenia sobie, niskiej samooceny, niskiego poziomu poczucia kontroli i dyspozycyjnego optymizmu oraz prężności. Istotne znaczenie mają również ciężki, przedoperacyjny stan fizyczny, zaburzenia snu, wystąpienie komplikacji pooperacyjnych czy uciążliwych skutków ubocznych stosowanych leków. Dysfunkcyjna rodzina i niestabilna sytuacja życiowa także mogą wpływać w sposób niekorzystny na jakość współpracy (Eshelman, Mason, Nemeš, Williams, 2009).

Bardzo istotnym elementem jest kontakt ze wskazanym przez pacjenta opiekunem. Są to osoby „współchorujące” z pacjentem. Najczęściej przejmują od niego role rodzinne i domowe, dodatkowo czują się odpowiedzialne za potencjalne komplikacje i niepowodzenia. Badania wskazują, że około 6 miesięcy po

operacji to właśnie u nich podwyższa się poziom lęku i depresji. Negatywne emocje oraz przeżywany przez partnerów stres mogą niekorzystnie wpływać na psychologiczną adaptację i współpracę pacjentów. Dlatego ważne jest monitorowanie stanu psychicznego partnerów, prowadzenie edukacji i udzielanie im niezbędnego wsparcia (Brouwers i in., 2015).

### **Pomoc psychologiczna w okresie przed- i pooperacyjnym**

Okres oczekiwania na transplantację jest nieokreślony, często wiąże się z przewlekłą hospitalizacją. Stosowana jest wtedy psychologiczna terapia podtrzymująca i mobilizująca. Wszczepienie LVAD odbywa się jako zaplanowany zabieg kardiochirurgiczny. Pacjent objęty jest standardowym psychologicznym przygotowaniem do operacji. Jest informowany o kolejnych etapach leczenia, związanych z nimi potencjalnych dolegliwościach i niedogodnościach, rodzajach dyskomfortu psychicznego i fizycznego oraz sposobami poradzenia sobie w trudnych momentach i źródłach wsparcia i pomocy. Celem jest mobilizacja chorego do współpracy w przebiegu rehabilitacji pooperacyjnej.

We wczesnym okresie pooperacyjnym punktem wyjścia do dalszej pracy jest diagnoza aktualnego stanu psychicznego pacjenta, metod radzenia sobie z wydłużoną hospitalizacją, akceptacją zależności od leków i lekarzy, jakości relacji z innymi chorymi, personelem medycznym oraz rodzajem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego udzielanego przez najbliższych. Stosowana jest głównie terapia podtrzymująca oraz edukacja prozdrowotna (Wrona-Polańska, 2011; Siwińska, 2011; 2012).

W późniejszym okresie pooperacyjnym, przez permanentną interdyscyplinarną edukację, podstawowym zadaniem jest ustalanie zasad i kreowanie współpracy i współodpowiedzialności za przebieg procesu leczenia. W przypadku stabilnego stanu zdrowia i braku przeciwwskazań konieczna jest mobilizacja

pacjenta do podjęcia codziennej aktywności rodzinnej, zawodowej i społecznej. Niezbędne jest udzielanie wsparcia choremu i jego rodzinie w sytuacjach trudnych, w okresach kryzysu psychologicznego poprzez dostępność kontaktu, postawę życzliwości i zrozumienia. W ramach późniejszej opieki ambulatoryjnej wykorzystywana jest terapia podtrzymująca i edukacja pacjenta oraz jego rodziny skupione na kształtowaniu umiejętności radzenia sobie z samodzielnością, nowym trybem życia i wypracowanie prawidłowej postawy wobec choroby, a także właściwej postawy rodziny wobec pacjenta.

W Polsce pacjenci po wszczępieniu LVAD znajdują się nadal na Krajowej Liście Oczekujących na serce. Kontakt z psychologiem jest możliwy podczas wizyt ambulatoryjnych i kontrolnych hospitalizacji. W przypadku wystąpienia zaburzeń adaptacyjnych wymagających ingerencji farmakologicznej proponowana jest konsultacja psychiatryczna.

Zespół Mayo Clinic (USA) zaproponował program konsultacji paliatywnych u pacjentów z wszczepianymi urządzeniami do mechanicznego wspomaganie lewej komory jako formą docelowego leczenia (Swetz, Freeman, Abouezzedine i in., 2011). Ocena psychologiczna i socjalna dotyczyła planu opieki nad chorym, jego zdrowia psychicznego, uzależnień, funkcji poznawczych, a także wykształcenia pacjenta i osób, które się nim opiekują. Za zgodą i z udziałem chorego i jego rodziny konsultanci ustalili i zaplanowali, jakie są cele opieki medycznej. Prewencyjne konsultacje paliatywne zaproponowano 13 osobom. Przeprowadzono je u 9 osób przed zabiegiem implantacji LVAD, a u 4 osób po operacji. Uczestniczył w nich interdyscyplinarny przeszkolony zespół lekarzy i pracowników ochrony zdrowia. Na podstawie zebranych informacji, uwzględniając specyficzne uwarunkowania opieki nad pacjentem po wszczępieniu LVAD, opracowano tzw. plan gotowości. Ustalono zakres możliwości prowadzenia opieki po operacji i oczekiwania pacjenta. Następnie na podstawie znajomości czynników psychologicznych, socjalnych i finansowych,

wyznaczników jakości życia oraz uwzględniając zagadnienia etyczne, opracowano plan pomocy choremu po zabiegu.

Zadaniem tak przygotowanego planu gotowości było ułatwienie pacjentowi i jego najbliższemu podjęcia działań, które po operacji wpłyną korzystnie na jego rokowanie i ogólną kondycję. W momencie wystąpienia niekorzystnych zdarzeń zespół miał za zadanie dbać o postępowanie zgodne z opracowanym wcześniej planem gotowości, dążyć do łagodzenia dolegliwości pacjenta, udzielać wsparcia jemu i jego rodzinie. W przypadku chorych w dobrej kondycji wysiłki zespołu koncentrowały się na poprawie jakości ich życia. Niezależnie od napotykanych trudności i pogarszania się stanu zdrowia pacjentów, opracowane plany gotowości i znajomość oczekiwań samego chorego ułatwiały wybór najlepszego postępowania w danych sytuacjach. Bardzo istotne, oprócz samej opieki nad chorym, było zapewnienie wsparcia jego rodzinie. Umożliwiło to najbliższemu dobre zrozumienie stanu klinicznego pacjenta i jego wpływu na jakość życia, a także kierowanie się w podejmowanych decyzjach przede wszystkim wolą chorego.

Znajomość preferencji pacjenta co do postępowania w sytuacji zakończenia życia pozwoliło na zmniejszenie dylematów etycznych i religijnych. Dostępność opieki paliatywnej zapewniała pacjentowi i rodzinie rozwiązanie problemów z leczeniem w momencie dezaktywacji urządzenia. Pacjenci, u których LVAD było wyłączone, wymagali takiego samego łagodzenia objawów, jak duszność, ból w klatce piersiowej i lęk, podobnie jak inni umierający z powodu zaawansowanej niewydolności serca (Brush, Budge, Alharethi i in. 2010). Autorzy podkreślają, że obecność opieki paliatywnej pozwala pacjentowi i rodzinie na dyskusję o swoich doświadczeniach i celach pod koniec życia, niezależnie od zespołu leczącego. Włączenie konsultacji opieki paliatywnej przed implantacją LVAD zapewnia poczucie bezpieczeństwa pacjentom i rodzinie oraz przekonanie, że życzenia związane z zakończeniem życia pacjenta zostaną spełnione.

W warunkach polskich nie stosuje się konsultacji paliatywnych u pacjentów ze skrajną niewydolnością krążenia. Zarówno przeszczepienie serca, jak i wszczepienie LVAD są traktowane jako standardowe metody leczenia. Propozycja tego typu opieki mogłaby zostać odebrana zarówno przez chorych, jak i zespół leczący jako potwierdzenie beznadziejności sytuacji oraz braku możliwości uzyskania pomocy w ratowaniu zdrowia i życia.

## Podsumowanie

Skrajna niewydolność krążenia to choroba przewlekła wymagająca adaptacji do nowej sytuacji życiowej. Przebieg choroby i nowoczesne metody leczenia wiążą się z licznymi problemami psychologicznym pojawiającymi się na różnych etapach tego procesu. Psycholog jako członek zespołu przeszczepowego jest aktywnym uczestnikiem procedury kwalifikacji do terapii. W późniejszych etapach wspiera pomocą psychologiczną pacjenta i jego rodzinę. Metody pracy są indywidualnie ustalane w zależności od sytuacji psychologicznej chorego. Główne cele to łagodzenie emocjonalnych skutków choroby, a szczególnie redukcja lęku, depresji, rozdrażnienia i poczucia bezradności. Ważnym zadaniem jest także wzmacnianie psychicznych sił i zasobów pacjenta potrzebnych w walce z chorobą – budzenie nadziei, wzmacnianie poczucia własnej wartości, wzmacnianie poczucia kontroli, sensu itp. (Wrona-Polańska, 2012, Motyka, 2002).

Pomoc psychologiczna opierająca się na psychoedukacji skupiona jest na informowaniu chorego o przyczynach i możliwościach radzenia sobie z konkretnymi trudnościami, pomaga też pacjentowi w lepszym zrozumieniu sytuacji i ocenie aktualnych możliwości. W ocenie zespołu terapeutycznego praca psychologa jest niezbędnym elementem procesu leczenia.

## Wnioski

1. Skrajna niewydolność krążenia oraz metody jej leczenia wymagają od pacjenta

- uruchomienia posiadanych zasobów i podjęcia działań adaptacyjnych w procesie zmagania się z przewlekłą chorobą.
2. Pomoc psychologiczna, dostosowana do indywidualnej sytuacji chorego, powinna obejmować partnera udzielającego mu wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego.
  3. Głównym celem psychoedukacji jest tworzenie realnego obrazu sytuacji i wskazanie mechanizmów radzenia sobie z konkretnymi problemami. Drugim, nie mniej ważnym – jest ustalanie zasad oraz kreowanie współpracy i współodpowiedzialności za przebieg procesu leczenia.

## Bibliografia

- Brouwers C., Denollet J., Caliskan K., de Jonge N., Constantinescu A., Yuong Q., Kaan A., Pedersen S. (2015). Psychological distress in patients with a left ventricular assist device and their partners: An exploratory study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (1), 53–62.
- Brush S., Budge D., Alharethi R., Ashley J., McCormick A.J., Mac Pherson J., Reid B., Ledford I., Smith H., Stoker S., Clayson S., Doty J., Caine W., Drakos S, Kfoury A. (2010). End-of-life decision making and implementation in recipients of a destination left ventricular assist device. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 29(12), 1337–1341 DOI: 10.1016/j.healun.2010.07.001.
- Eshelman A., Mason S., Neme H., Williams C. (2009). LVAD destination therapy: applying what we know about psychiatric evaluation and management from cardiac failure and transplant. *Heart Failure Review*, 14, 21–28.
- Motyka M. (2002). *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Misterski M., Perek B., Ligowski M., Katarzyński S., Puślecki M., Jemielity M. (2010). HeartMate II LVAD – czym jest, jak działa, jakie przynosi korzyści? *KOF*, 2010, 3, 268–272.
- Przybyłowski P., Kapelak B., Wierzbicki K., Milaniak I., Sadowski J. (2009). Przeszczepianie serca oraz leczenie i opieka nad chorym po przeszczepieniu. Podolec P., Jankowska E., Ponikowski P., Banasiak W. (red.), *Przewlekła niewydolność serca*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 483–508.
- Siwińska J. (2004). Problemy psychologiczne związane z transplantacją serca. Wrześniewski K., Włodarczyk D. (red.), *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańsk: GWP.
- Siwińska J., Lesiak-Kalukin M., Przybyłowski P., Sadowski J. (2011). Health behavior of patients after heart transplantation as an indicator of patient compliance. *Transplantation Proceedings*, 43, 3086–3088.
- Siwińska J., Milaniak I., Przybyłowski P. (2012). Kształtowanie zachowań zdrowotnych pacjentów po transplantacji serca – doświadczenia własne. Wrona-Polańska H. (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Sobczyk D., Wierzbicki K., Sadowski J., Wróbel K., Piątek J., Sułowicz P., Przybyłowski P. (2002). Pozasercowe powikłania odległe u pacjentów po ortotopowym przeszczepie serca. *Forum Kardiologów*, 7, (4), 175–178.
- Swetz K., Freeman M., Abouezzedine O.F. i in. (2011). Palliative medicine consultation for preparedness planning in patients receiving left ventricular assist device as destination therapy. *Mayo Clinic Proc.* 86 (6), 493–500.
- Wrona-Polańska H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie – Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, 278–279.
- Wrona-Polańska H. (2012). Psychologia zdrowia w służbie człowieka – rola zasobów podmiotowych. Wrona-Polańska H. (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Wrona-Polańska H, Mastalski J. (red.), *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.