



Adherencia a pszichoszociális tényezők tükrében: támogatási lehetőségek a szívelégtelenségtől a szívtranszplantációig

Assabiny Alexandra, Ocsovszky Zsófia, Otohal József, Becker Dávid,
Merkely Béla, Sax Balázs

Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Budapest

Levelezési cím

Dr. Assabiny Alexandra, Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika
1122 Budapest, Varosmajor u. 68. E-mail: assabinyalexandra@gmail.com

A szívelégtelen beteg életútját számos ponton befolyásolja pszichés állapota és szociális helyzete. Ezen tényezők és a fizikai betegség egymásra hatásai hozzájárulnak a beteg együttműködési készségéhez (adherencia), ezen keresztül is hatva a betegség kimenetelére, a beteg életminőségére. Ugyanakkor, ezen faktorok interdiszciplináris voltuknál fogva a mindennapi gyakorlatban nehezen értékelhetők és kezelhetők az orvos szempontjából, ebben segítséget nyújthat a társszakmákkal való szoros együttműködésen alapuló ellátási forma. Jelen összefoglaló célja az adherenciát befolyásoló lelki és szociális faktorok áttekintése a szívelégtelenségtől a szívtranszplantációig, multidiszciplináris szemléletben.

Kulcsszavak: adherencia, pszichoszociális tényezők, szívelégtelenség, szívtranszplantáció

Adherence and psychosocial factors: possibilities of intervention from heart failure to cardiac transplantation

Heart failure patient carriers are influenced by psychological and social background at many points. Interference of these factors and the somatic illness affects patient adherence to therapy and thus quality of life and outcome of the disease. However, these factors are often difficult to evaluate and influence. Multidisciplinary teamwork approach in heart failure management may help to overcome these issues. In this review we aim to collect evidence on how social and psychological factors may influence patient adherence in heart failure and after heart transplantation.

Keywords: adherence, psychosocial factors, heart failure, heart transplantation

Bevezetés

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) Alkotmánya szerint „Az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapota, nem pusztán a betegség vagy fogyatékoság hiánya”. A bio-pszicho-szociális szemléletű gyógyítás során a pszichoszociális tényezők figyelembevétele elengedhetetlen része tevékenységünknek. Ezen faktorok és a kardiovaszkuláris jellemzők egymáshoz való viszonya igen összetett, kölcsönhatásban levő folyamatok

összessége, egyes pszichológiai faktorok szerepet játszanak a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásában, mások társbetegségként rontják annak kimenetelét. Ezen túl a pszichoszociális tényezőknek jelentős szerepük van a betegek adherenciájának, együttműködési készségének alakításában is, amely nélkülözhetetlen a szívelégtelen és szívtranszplantált betegek optimális ellátásához. A gyógyszeres kezeléssel való együttműködés hiánya szívelégtelen populációban 50-66% közöttire becsülhető (1). Jelentősége abban áll,



hogyan növeli a halálozást és a szívelégtelenség miatti hospitalizációt (2–4), előre jelzi a poszttranszplantációs non-adherenciát, amely az immunszuppresszív kezelés sajátosságainál fogva emeli az akut és krónikus graftkilökődés rizikóját és a mortalitást (5).

Az együttműködési készség komplex, multifaktoriális entitás, számos kapacitásbeli és szubjektív jellemző egymásra hatásával alakul. Az adherens és nonadherens viselkedésben leginkább szerepet játszó faktorok ismerete segítheti az ellátó szakembereket a jobb együttműködés tudatos fejlesztésében valamint a gyakran rejtett non-adherens viselkedés feltárásában és kezelésében. Jelen összefoglalóban az adherenciát befolyásoló faktorok szisztematikus áttekintését kíséreljük meg az Egészségügyi Világszervezet Multidimenzionális Adherencia Modell (1. ábra) öt dimenziójának segítségével (szocioökonómiai, ellátórendszer-függő, állapotfüggő, kezelésfüggő, betegfüggő faktorok) (6). A továbbiakban az egyes faktorelemek közül kiemelten foglalkozunk azon befolyásolható tényezőkkel, amelyek pszichoszociális támadáspontú intervenciókkal is kezelhetők. Rövid szakirodalmi betekintést nyújtunk ezen tényezők adherenciával való kapcsolatáról szívelégtelen és szívtranszplantált betegpopulációban, végül röviden összefoglaljuk az interdiszciplináris beavatkozási lehetőségeket.

Betegfüggő faktorok

Az adherenciát befolyásoló betegfüggő faktorok az affektivitás (hangulati beállítódás), pszichoszociális stressz, aggodalmak és meggyőződések a betegséggel, gyógyulással, gyógyszerekkel kapcsolatban, az egészségmagatartás, a diagnózissal kapcsolatos kértelkedés, elutasítás, a gyógyulással kapcsolatos kételemek, az ellátórendszerbe vetett bizalom, az utasítások megértése, a betegséggel járó stigmatizációs félelem (6).

Kognitív kapacitás

Szívelégtelen populációban a figyelmi és végrehajtó funkciók romlása megnehezíti az adherens viselkedést, a romló verbális önkifejezési képesség összefüggésbe hozható a kevésbé adherens viselkedéssel az előírt diéta követése és a gyógyszeres kezelés kapcsán (7). *Dolansky és munkatársai* 309 olyan szívelégtelen beteget vizsgáltak, akik esetében nem diagnosztizáltak korábban demenciát vagy neurológiai zavart. A figyelem, a végrehajtó funkció, és különösen a memória állapota képes volt előre jelezni azt, hogy a vizsgálatot követő 21 napban mennyire lesz adherens a beteg a gyógyszeres kezeléssel kapcsolatban (8).

Hangulati beállítódás (affektivitás) és megküzdés (coping)

Az érzelmi működésmódok alapvetően határozzák meg az önmagunkhoz és másokhoz való viszonyulást. A negatív affektivitás olyan személyiségvonást jelent, amely hajlamosít a negatív érzelmek (pl. düh, félelem, szorongás, lehangoltság, frusztráció) megélésére a pozitívakkal szemben, továbbá magába foglal egy általános negativisztikus attitűdöt és negatív énképet, ez pedig a környezethez és egészségünkhöz való viszonyt is meghatározza. A megküzdés minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítést magába foglal, amelyekkel az egyén olyan külső vagy belső stresszforrásokat igyekszik kezelni, amelyek meghaladják az aktuálisan rendelkezésre álló erőforrásait (9). Szívtranszplantáció előtt és után a betegséggel való megküzdés során az optimizmus, aktív problémamegoldó képesség, az erős énhatékonyság és kontroll érzése prediktálja a magasabb hangulati fekvést, a jobb adherenciát és a jobb életminőséget. A tagadás és elkerülő megküzdési stratégia összefüggést mutat a rosszabb klinikai kimenetellel: a negatív fókusz, a rosszabb énhatékonyság és kontrollvesztés érzése emeli a lelki problémák kialakulásának rizikóját, és összefüggést mutat a rosszabb életminőséggel (5). Az adherencia tekintetében egy releváns kontextusra hívja fel a figyelmet *Sevilla-Cazes* publiká-

ciója: amennyiben a magukat adherensnek érző szívelégtelen betegek tünetei rosszabbodnak, az kétségbeeséshez, frusztrációhoz és reménytelenséghez vezet, ez pedig csökkenti az adherenciát, ami hosszú távon újabb hospitalizációt eredményezhet (10). A várólistán töltött idő alatt a maladaptív coping, mint a tagadás, az elkerülő megküzdési stratégia és az érzelmeket kioltó működésmód együtt járnak a fáradtsággal, fájdalommal, szorongással, depresszióval és az életminőség romlásával. A tagadás, a kontrollvesztés érzése a saját egészséggel kapcsolatban és a rendelkezésre álló erőforrások (orvosi, anyagi, családi támogatás) igénybevételének elmulasztása növeli a transzplantáció utáni mortalitást (5).

Egészségmagatartás és egészségértés

Az egészségértés az egészséggel kapcsolatos információk megszerzésére, megértésére és adaptív használatára való képességet foglalja magába. A rosszabb egészségértés következményei az egészségtelenebb életmód, a rosszabb terápiás adherencia, több hospitalizáció, romló betegbiztonság és magasabb ellátási költségek (11). Egy magyar reprezentatív felmérés adatai alapján a lakosság 52%-ának elégtelen vagy problémás az egészségértése (12). Ha a szívelégtelen beteg egészségértése javul, kevésbé érti félre a gyógyszer indikációját, adagolását és a bevétel időzítését, és a gyógyszerkihagyások előfordulása is csökken (13). A rosszabb egészségértés rosszabb poszttranszplantációs kimenetelt vetíthet előre, ezért a szívtranszplantációra való alkalmasság mérlegelése esetén a pszichoszociális felmérés során meg kell vizsgálni, hogy a beteg valóban érti-e a betegsége és a kezelési lehetőségek minden aspektusát (5).

Kezelésfüggő faktorok

Az adherenciát befolyásoló kezelésfüggő faktorok az orvosi kezelés bonyolultsága, a kezelés időtartama, korábbi kezelési kudarcok, a kezelés gyakori változásai, a jótékony hatások kialakulásának gyorsasága, a mellékhatások megjelenése és az ezek ellátásához szükséges orvosi segítség elérhetősége (6).

Az orvosi kezelés bonyolultsága, összetettsége igen jellemző mind a szívelégtelen, mind a szívtranszplantált betegek esetén, a kezelés időtartama élethosszig tartó. Gyakori kezelésmódosítások jellemzőek mind a szívelégtelenség gyógyszeres kezelés optimalizálása során, mind a vizitről vizitre történő, egyénre szabott immunszuppresszív terápia finomhangolása során. A jótékony hatások kialakulása egyes gyógyszercsoportok és kezelések esetén hosszabb időt vehet igénybe, és gyakran széles mellékhatásspektrummal bíró szereket alkalmazunk.

Pszichés vonatkozásban a krónikus betegségek során általában megjelenő folyamatok megjelenésére kell figyelmet fordítani: megjelenhet türelmetlenség, fokozódó aggodalom és szorongás. Az esetlegesen elhúzódó

gyógyszerbeállítás vagy gyógyszercserre kapcsán megjelenhetnek a bizalomvesztés első jelei az orvos felé, ezért a türelmes kommunikációnak és edukációnak itt (is) jelentős szerepe van. A kiábrándultságot, reményvesztettség érzését nemcsak a betegség előrehaladása vagy a tünetek rosszabbodása idézheti elő, hanem a gyógyszerek esetlegesen megjelenő mellékhatásai is fokozhatják a betegségorongás szintjét. A tünetek folyamatos megfigyelése a testérzetek felnagyításához vezethetnek, így a befeléfordulás talaja lehet, főként affektív, szorongásos tünetek, vagy már korábban diagnosztizált zavarok esetén. A fokozott önmegfigyelés csökkenti a fájdalomküszöböt, rosszabb életminőséget eredményez. A mellékhatásoktól való félelem vagy a megjelenő mellékhatások akár a terápia be nem tartásához vezethet, ezért a kockázat-haszon tisztázása elsődleges fontosságú (14).

Állapotfüggő faktorok

Az adherenciát befolyásoló állapotfüggő faktorok a tünetek súlyossága, a fogyatékoság mértéke, a betegség súlyossága és progressziójának üteme, valamint a hatékony kezelési lehetőségek elérhetősége, a társbetegségek jelenléte. A kábítószer- és alkoholfogyasztás fontos módosító tényezők (6).

Depresszió

A depresszió és szorongás kardiovaszkuláris megbetegedésekkel való összefüggéseinek vizsgálata régóta a kutatások előterében áll, kapcsolatuk mára evidenciaként kezelhető, e két körkép független rizikófaktora a CVD-nek (15). A kezeletlen depresszió rontja a megbetegedés kimenetét és fokozza a mortalitást (16), hatása az adherenciára kritikus lehet (17). A depresszió a szívelégtelen és szívtranszplantált betegpopulációban kb. 20%-ban fordul elő, amely többszöröse az átlagpopuláció előfordulási gyakoriságának (18, 19). A transzplantáció előtt fennálló depresszió erős prediktora a műtét utáni depresszió kialakulásának, és mindkettő negatív hatással van a transzplantációs mortalitásra. Mindezek viselkedéses faktorokon keresztül hatnak a kimenetelre. A depresszióval küzdő betegekben rosszabb a gyógyszeres adherencia, gyakoribbak a maladaptív megküzdési módok (coping), és a szövődmények (pl. infekció) kialakulása, a rehospitalizáció, valamint a rejekció és a graftvesztés kockázata is magasabb (5). A depresszió ezen betegcsoportokban aluldiagnosztizált, amelyben több tényező is szerepet játszhat. Mind a beteg, mind a kezelőszemélyzet hajlamos a depressziót az alapbetegségekre adott elfogadható és érthető reakciónak tekinteni, amely további beavatkozást nem igényel. Fontos tényező, hogy az ellátók a társadalmi előítéletek (stigmatizáció) miatt nem szívesen kommunikálják a betegek felé a depresszió diagnózisát. Az aluldiagnosztizáláshoz hozzájárulhatnak az ellátók diagnózis felállításával és kezelési lehetőségekkel kap-

csolatok hiányos ismeretei is. A betegek sokszor nem a depresszió klasszikus tüneteit kommunikálják (pl. alacsony önértékelés, szomorúság, halálvágy), inkább fáradtságról, energiahiányról, megmagyarázhatatlan testi tünetekről, szorongásról, irritabilitásról számolnak be, valamint a depresszióra kevésbé jellemző tünetek (aggodalom, túlzott éberség) is megjelenhetnek (20).

Poszttraumás stressz-szindróma (PTSD)

A szívelégtelen betegpopulációban gyakoriak olyan etiológiai tényezők (infarktusz) és beavatkozások (szívkatéterezés, újraélesztés, műtét, szívtranszplantáció), amelyek potenciálisan traumatizáló jelleggel bírnak az események váratlansága, a halál konkrét lehetőségének testközelbe kerülése, valamint a betegek erős kontrollvesztésének és tehetetlenségének érzése következtében (21). Poszttraumás stressz-szindrómáról beszélünk, ha a traumatizáló élmény személyes vagy szemtanúként történő átélése, valamint közeli baráton, rokonon keresztül történő megtapasztalása után a jellemző tünetek (betolakodó tünetek a traumatikus élménnyel kapcsolatban: rémálmok, flashback, úgy érzi a páciens, mintha a trauma megismétlődne; intenzív fizikai tünetek és pszichés szenvedés a kulcsingerekkel szemben; elkerülő magatartás a traumatikus eseménnyel összefüggő gondolatok, érzések kapcsán; negatív gondolkodás és hangulat; a traumatikus eseménnyel kapcsolatos éberség és reaktivitás változása, irritabilitás, dühkitörések, hipervigilancia, túlzott megriadási reakció, alvászavar, koncentrációs nehézség) legalább 1 hónapon keresztül állnak fenn (22, 23). Amennyiben kardiális esemény vagy az ezzel összefüggő beavatkozás volt a kiváltó trauma, szívbetegséghez társuló PTSD-ről (cardiac disease induced, CDI-PTSD) beszélünk. Míg a normál populációban a PTSD átlagos prevalenciája kb. 4%, a CDI-PTSD átlagos prevalenciája 12% (0–32%) körüli infarktuson, szívműtéten vagy szívtranszplantáción átesett populációban (19, 21). Legmagasabb előfordulási arány az akut kardiális eseményeket követően észlelhető. A szívelégtelenség eszközös terápiás beavatkozásai közül az ICD-implantációt követően a PTSD prevalenciája akár a 30%-ot is elérheti, amelynek súlyát érzékelteti, hogy háborús övezetből menekülő szír populáció mutat hasonló PTSD-prevalenciát (24). A PTSD ezen betegségek melletti megjelenésének számos következménye detektálható, kiemelkedő jelentőségű mind a szívelégtelen mind a transzplantált populációban észlelt non-adherenciával való összefüggése, amelynek potenciális következménye a mortalitás növekedése (25, 26). A traumatikus élmény a szemtanúknál is okozhat PTSD-t, így a klinikai gyakorlat során érdemes gondolni a hozzátartozók érintettségének lehetőségére is (ICD-sokk, reanimáció).

Dohányzás, alkoholabúzus és szerhasználat

Szívelégtelen betegpopulációban az alkohol és szerhasználat etiológiai tényezőként szerepelhet, a dohány-

zás növeli a szívelégtelenség kialakulásának kockázatát (27). Az aktív dohányzás relatív kontraindikációja a szívtranszplantációnak (39), a műtét előtti dohányzás növeli a poszttranszplantációs mortalitást és morbiditást: rizikófaktora a kardiális allograft vaszkulopátia, tumorok, magasvérnyomás-betegség és akut vesekárosodás kialakulásának (5). A rendszeres, kóros mértékű alkoholfogyasztás kontraindikációja a szívtranszplantációnak, szintén növeli a műtét utáni mortalitást és morbiditást (5, 39). A transzplantáció előtti dohányzás, alkohol-/droghasználat növeli a műtét utáni szerhasználat valószínűségét. A hozzátartozók dohányzása vagy szerhasználat szintén növeli az absztinens szívtranszplantált beteg visszaesésének lehetőségét (5).

Ellátórendszerrel függő faktorok

Az adherenciát befolyásoló ellátórendszerrel függő faktorok a rosszul fejlett egészségügyi szolgáltatások, nem megfelelő/nem létező egészségbiztosítási rendszer, rossz gyógyszerelosztás, egészségügyi szolgáltatók krónikus betegségek kezelésével kapcsolatos ismereteinek hiánya, továbbképzések hiánya, túlterhelt egészségügyi szolgáltatók, ösztönző faktorok és a teljesítményre vonatkozó visszajelzések hiánya, rendszerszinten hiányos betegedukációs programok, utánkövetési rendszer elégtelensége, közösségi támogatási és önmenedzselési képesség, adherenciára és a hatékony tudásátadásra irányuló, jobbitó célzatú beavatkozások hiánya (6).

A nemzetközi irányelvek a szívelégtelen és szívtranszplantált betegek multidiszciplináris teamben való gondozását javasolják, a programok kiemelt komponense a betegek és hozzátartozóik edukációja. Bár ezen multidiszciplináris ellátási modellek komponenseinek hatékonyságát megvizsgálva kiderült, hogy a betegek edukációja önmagában nem csökkenti a mortalitást (28), kombinált alkalmazásával javítja az adherenciát, szívelégtelen populációban csökkenti a hospitalizációt és mortalitást (29). Várólistára való alkalmasság elbírálása során meg kell győződni arról, hogy a beteg érti a betegségével és a kezeléssel kapcsolatosan átadott információkat, azaz informált beleegyezés esete áll fenn (5). Bár a hazai szívtranszplantált betegek körében nem történt ilyen irányú felmérés, érdekes adatokat szolgáltat a Magyar Szervátültetett Szövetségének szív-, tüdő-, vese- és májátültetett, összesen 144 beteg kérdőíves felmérése, amely során a betegek 47%-a volt elégedett a szervátültetés előtt kapott információkkal, a transzplantáció utáni tájékoztatással 74%-uk volt elégedett. Információs források tekintetében 92%-uk közvetlenül kezelőorvosaiktól tájékozódik, közel harmaduk szakdolgozótól, betegtársaktól, míg online forrásokat 28%-uk használ. A megkérdezettek 62%-a tudta pontosan gyógyszerei pontos indikációját és az alkalmazás módját. Ez a szám igen alacsony, figyelembe véve az immunszuppresszív kezelés elmaradásának következményeit (30).

Szocioökonómiai faktorok

Az adherenciát befolyásoló szocioökonómiai faktorok a klasszikusnak számító, az élet szinte minden területén lényegi hátrányt okozó tényezők úgy, mint a munkanélküliség, szegénység, írástudatlanság, alacsony iskolai végzettség, kultúra, hatékony szociális támogató háló hiánya, instabil életkörülmények, nagy távolság a gondozó központtól, magas utazási- és gyógyszerköltségek, a környezeti állandóság és biztonság hiánya, a betegséggel és kezeléssel kapcsolatos laikus hiedelmek, valamint a családi működési zavarok (6).

Iskolázottság

Az iskolázottság befolyásolja az egészségértést, a rizikófaktorok és rizikómagatartás megértését. Az alacsony iskolázottsággal járó kulturális szokások, egészséggel kapcsolatos hiedelmek, orvosokkal, kórházzal kapcsolatos fenntartások és nem utolsósorban a gyakran bonyolult családi viszonyulások nehezítik az alacsonyabb státuszú beteg életét, gyógyulását.

A szívtranszplantáció kimenetelét negatív irányba befolyásolhatja az alacsony iskolázottság és egészségértés (13).

Szociális háttér

A specializált szívelégtelenség ambulanciák és a poszttranszplantációs ellátás centralizált jellege olyan nehézségeket jelenthet az elmaradottabb régiókból származó vagy nehéz anyagi körülmények között élő betegek és családjuk számára, mint a rendszeres utazási- és telefonköltségek. A kedvezőtlenebb társadalmi-gazdasági helyzet és az ehhez kapcsolódó anyagi korlátok a mellkasi szervek transzplantációját követően gyengébb klinikai eredményekkel járnak (13). A transzplantáció vagy hospitalizáció sérülékeny időszakában a hozzátartozók kórházi látogatásainak anyagi okokból történő elmaradásai az elérhető társas támasz hiányát eredményezik, amely hat a beteg hangulatára, és hátráltatja az orvossal való jó együttműködés megalapozását.

Társas támasz

A társas támasz hat az egészség megőrzésére és a mortalitás csökkentésére: a gondozási támogatásként leírható tevékenységeken kívül olyan indirekt utakon is kifejtheti hatását, mint az egészséges viselkedés modellezése vagy érzelmi erőforrások biztosítása, a stressz csökkentése és a javuló reziliencia.

A magasabb szintű társas támogatás pozitív hatásairól szívelégtelen populációban sok adat áll rendelkezésre: csökkenti a hospitalizáció gyakoriságát és a szívelégtelenséghez kapcsolódó mortalitást (31–35). Ebben a populációban kiemelt jelentősége van az öngondoskodásnak, amelynek különböző komponenseire hat a társas támogatás, amely a gyógyszeres kezeléssel való együttműködés egyik legfontosabb prediktora (36). Az észlelt, elérhető társas támogatás mértéke összefüggést mutat az eseménymentes túléléssel: a család,

különösen a házastársak gyakran nagymértékben bevonódnak a beteg gondozásába, és ez javítja a gyógyszerhez és a diétához kapcsolódó adherencia mértékét is (37). Utóbbi arra is felhívja figyelmünket, hogy a család bevonása az edukációs folyamatba növelheti az öngondoskodás szintjét ebben a populációban.

Szívtranszplantáció előtt az alacsony szintű társas támogatás depresszióval társulva növeli a várólista-mortalitást és a listáról való lekerülés gyakoriságát. A társas támogatás jelentőségére és a pszichoszociális komponensek holisztikus szemléletű értékelésének fontosságára hívja fel a figyelmet az, hogy a depresszív tünetek az észlelt elérhető társas támogatás magasabb szintje esetén kevésbé van hatással a fent említett kimeneteli pontokra (5).

Pszichoszociális szempontok a szívtranszplantációs várólista betegszelekciója során

A szívtranszplantációra való alkalmasság eldöntése során javasolt a betegek pszichoszociális státuszának felmérése (39). A tudományos bizonyítékok bővülésével gyakorlati támpontokat adó konszenzusedokumentum (5) is rendelkezésünkre áll, amely javaslatot tesz arra vonatkozólag, hogy mely pszichoszociális faktorokat érdemes vizsgálni a szívtranszplantációra való alkalmasság eldöntése során. A Multidimenzionális Adherencia Modell kapcsán általunk is kiemelt pszichoszociális faktorok vizsgálata javasolt az alábbi szerint:

1. A rossz poszttranszplantációs kimenetel rizikófaktorai (adherencia, mentális anamnézis, szerhasználat).
2. A beteg ismereteit, megértését, döntéshozatali folyamatba való bekapcsolódását befolyásoló tényezők (kognitív kapacitás, az informált beleegyezés feltételeinek megvalósulása).
3. A beteg személyes, szociális és környezeti erőforrásainak, lehetőségeinek feltérképezése (megküzdési stratégia, betegségre adott érzelmi válasz, társas támogatás mértéke, szociális háttér).

Kiemelendő, hogy ezen tényezők egymásra hatásai miatt és erős bizonyítékok hiányában ezen szempontok együttes értékelése szükséges, minden beteg esetében egyénre szabottan.

Az adherenciát befolyásoló, pszichoszociális támadáspontú intervenciós lehetőségek

A jelenleg érvényben levő, szívelégtelen és szívtranszplantált betegek ellátásáról szóló irányelvek a multidiszciplináris teammunkában történő gondozási modellt ajánlják (18, 40). A társszakmák felé való referálás szükségességének felismerése, a megfelelő szakember megtalálása, a kompetenciahatárok megtartása, a beteg stigmatizációtól mentes referálása a társszakmák felé, különös tekintettel a pszichoszociális szempontból érzékeny kérdésekben nagy kihívást jelenthet a

mindennapi gyakorlat során. Számos, fentebb részletezett pszichoszociális komponens bonyolult, egymásra ható rendszert képez (ld. depresszió és társas támogatás), a társszakmák működését nehezítheti az elérhető/állandó/ kompetens szakember hiánya és/vagy infrastrukturális akadályok. Emiatt pontos, a klinikai gyakorlat minden helyzetében jól alkalmazható intervenciók megfogalmazása nehézkes, inkább intervenciók eszköztárról beszélhetünk, amely az adott beteg helyzetéhez és az ellátók lehetőségeihez mérten lehet effektív. Közös feladat az edukáció, amely során empatikus, értő figyelemmel kell kísérnünk betegeinket. Fő célunk, hogy a beteget felruházzuk a döntés képességével (empowerment) (41). Az egyéni egészségértésnek megfelelő kommunikációs stratégiával, lehetőleg több kommunikációs csatornán keresztül informáljuk betegeinket a betegségük jellegéről, okairól, a jellemző tünetekről, a természetes lefolyásról és a kezelési lehetőségekről, illetve azok elmaradásának lehetséges következményeiről. A diéta, folyadékbevitel és testmozgás tekintetében a dietetikus és gyógytornász szakemberekkel való együttműködés nyújthat segítséget. Ezen szakterületek edukációs munkáját támogathatja a pszichológus kolléga, több támadáspontot célozva.

A beteg mentálhigiénés támogatásának ideális esetben már az ellátórendszerbe kerülésekor meg kell kezdődnie, amelynek módszertani alapja a rogersi személyközpontú megközelítés. Legfontosabb szempont az, hogy a segítő szakember elérhető legyen a beteg számára, kísérelje, vezesse és megtartsa őt, amennyiben ez szükséges. A pszichoedukáció, pszichés felkészítés, a megküzdési módok fejlesztése, célok kitűzése mind a műtét vagy beavatkozások előtti szorongásoldást, mind pedig a gyorsabb felépülést szolgálják. Ezek megalapozzák a hosszú távú együttműködést, valamint csökkentik a pszichés komorbiditás kialakulásának kockázatát. Szívtranszplantáció során a beteget több ellátóhelyen, különböző összetételű team látja el, a pszichológus hosszú távon, az ismerősséget és a folytonosságot jelentheti a beteg számára, ezért is különösen fontos a beteg és a pszichológus közötti kapcsolat kiépítése már a beavatkozást megelőzően (42).

A pszichológusok módszertani tárháza igen széles, jól alkalmazhatók a pozitív szuggesztiók (akár altatott betegek esetében is), a kognitív viselkedésterápia (CBT) (43) bizonyos elemei, a relaxációs gyakorlatok, szükség esetén nonverbális eszközök (pl.: rajzolás, képek általi asszociációk) is rendelkezésre állnak. A relaxációs elemek tekintetében megjelenik az autogén tréning, progresszív izomrelaxáció és különböző imaginációs technikák is. Ezen felsorolt módszerek alkalmazhatósága függ a beteg személyétől, állapotától, motivációjától, a kórházi tartózkodás hosszától az infrastrukturális lehetőségektől függően. A pszichológus által alkalmazott intervenciók adott problémakörre is irányulhatnak (pl.: nonadherenciára, lélegeztetőgép elfogadására/leszoktatására) vagy olyan, a beteg funkcionálását és gyógyulását hátráltató

pszichés állapotokra, mint a krónikus, nagymértékű szorongás, halálfélelem vagy a társbetegségként megjelenő depresszió. A kezelőorvosok által jól ismert szívelégtelen betegek ellátásáról szóló irányelv (18) alapján egyrészt a depressziós betegeknél alkalmazott SSRI-ok használata nem javította sem a tüneteket sem a kimenetelt a placebohoz képest, másrészt, habár a pszichoszociális intervenciók javítják a tüneteket, azonban a betegség végkimenetelére nincsenek hatással. Nincs konszenzus arról, hogy mi a szívelégtelen betegcsoportban észlelhető depresszió legjobb kezelési módja, ugyanakkor a fenti adatok értelmezésében fontos hozzáadott értéket adhat az Amerikai Pszichológiai Társaság és a NICE-irányelvek (44) ismerete a depresszió kezeléséről, amelyek az ellátási elvek alapját képezik hazánkban is (45). A közepes és súlyos depresszió hatékony kezelése általában két támadáspontú: a farmakoterápiát ki kell egészítenie pszichés vezetésnek, illetve megfelelő motiváció és beleegyezés esetén hosszabb pszichoterápiának is. Csupán pszichoterápia alkalmazása a major depresszió kezelésében nem bizonyult hatásosnak, mivel a depresszióban szenvedő beteg alulmotiváltsága és kognitív beszűkülése a verbális munkát gátolja. A NICE-irányelv enyhe és közepes depresszió esetén rövid dinamikus terápiát javasol, amennyiben az egyéb módszerek (farmakoterápia, CBT) nem megfelelő együttműködés okán ineffektívek. Ezek alapján, ezen betegek kezelése során nélkülözhetetlen pszichológus, pszichiáter kolléga bevonása.

Az irányelv alapján dohányzás és szerhasználatról való leszokás támogatásához szintén megfontolandó pszichológus szakember bevonása, kognitív viselkedésterápiára vagy egyéb, egészségmagatartás – változást elősegítő beavatkozásra való referálása (18).

A szociális háttér hiányosságainak észlelésekor érdemi segítséget nyújthatnak a lakóhely szociális intézményei, támogató közösségei, valamint a civil- és betegszervezetek. A gondozó intézmény szociális munkás szakembere szaktudását és jól felépített kapcsolati hálózatát felhasználva igen jelentős terhet vehet le az egészségügyi ellátó csapat válláról.

A legerősebb és leggyakrabban vizsgált társas támogatási forma a házasársi kapcsolat, de fontos érzelmi erőforrást jelenthetnek a szoros baráti kapcsolatok, sorstársi közösségek, vagy egyéb segítő csoport vagy személy. Társas támogatás tekintetében kiemelt szerepe van a sorstársi közösségeknek, illetve ezek kialakulását facilitáló és az edukációban is tevékenyen résztvevő betegszervezeteknek (SzívSN, Magyar Szervátültetettek Szövetsége).

Következtetések

Összegezve tehát ezen betegcsoport optimális ellátásának alapja a betegekkal, hozzátartozókkal és kollégákkal is empatikus, partnerkapcsolatot ápoló kezelőorvos, aki a teammunkát (jól képzett nővérek, pszichológusok, szociális munkások, mentálhigiénés

szakemberek, dietetikusok, gyógytornászok) koordinálja, illetve a támogató betegszervezetek.

Nyilatkozat

A szerzők kijelentik, hogy az összefoglaló közlemény megírásával kapcsolatban nem áll fenn vele szemben pénzügyi vagy egyéb lényeges összeütközés, összeférhetetlenségi ok, amely befolyásolhatja a közleményben bemutatott eredményeket, az abból levont következtetéseket vagy azok értelmezését.

Irodalom

- Oosterom-Calo R, van Ballegooijen AJ, Terwee CB, et al. Determinants of adherence to heart failure medication: a systematic literature review. *Heart Fail Rev* 2013; 18: 409–427. <https://doi.org/10.1007/s10741-012-9321-3>
- Gislason GH, Rasmussen JN, Abildstrom SZ, et al. Persistent use of evidence-based pharmacotherapy in heart failure is associated with improved outcomes. *Circulation* 2007; 116: 737–744. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.669101>
- Wu JR, Moser DK, De Jong MJ, Rayens MK, et al. Defining an evidence-based cutpoint for medication adherence in heart failure. *Am Heart J* 2009; 157: 285–291. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2008.10.001>
- Granger BB, Swedberg K, Ekman I, et al. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial. *Lancet* 2005; 366: 2005–2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67760-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67760-4)
- Dew MA, DiMartini AF, Dobbels F, et al. The 2018 ISHLT/APM/AST/ICCAC/STSW Recommendations for the Psychosocial Evaluation of Adult Cardiothoracic Transplant Candidates and Candidates for Long-term Mechanical Circulatory Support. *Psychosomatics* 2018; 59: 415–440. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2018.04.003>
- Sabaté E. Geneva: World Health Organization; 2003. Adherence to Long-term Therapies – Evidence for Action.
- Alosco ML, Spitznagel MB, van Dulmen M, et al. Cognitive function and treatment adherence in older adults with heart failure. *Psychosom Med* 2012; 74: 965–973. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318272ef2a>
- Dolansky MA, Hawkins MA, Schaefer JT, et al. Association Between Poorer Cognitive Function and Reduced Objectively Monitored Medication Adherence in Patients With Heart Failure. *Circ Heart Fail* 2016; 912: e002475. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.116.002475>
- Folkman S, Lazarus RS. 1980. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 213; 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Sevilla-Cazes J, Ahmad FS, Bowles KH, et al. Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective. *J Gen Intern Med* 2018; 3310: 1700–1707. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4542-3>
- World Health Organization WHO. "Health literacy. The solid facts." WHO, 2013 12.
- Koltai J, & Kun E. A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*, 2016; 57(3): 3–20.
- Cajita MI, Cajita TR, Han HR. Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. *J Cardiovasc Nurs* 2016; 312: 121–130. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000229>
- Márta C, Péter M. Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia. *Medicina*; 2009.
- Correll CU, Solmi M, Veronese N, et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017; 162: 163–80.
- Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction [published correction appears in *Circulation* 1998 Feb 24; 977: 708. *Circulation* 1995; 914: 999–1005. <https://doi.org/10.1161/01.cir.91.4.999>
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000; 16014: 2101–2107. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>
- McDonagh TA, Metra M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology ESC. With the special contribution of the Heart Failure Association HFA. of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2022; 241: 4–131. <https://doi.org/10.1002/ehjhf.2333>
- Loh AZH, Tan JSY, Tam JKC, et al. Postoperative Psychological Disorders Among Heart Transplant Recipients: A Meta-Analysis and Meta-Regression. *Psychosom Med* 2020; 827: 689–698. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000833>

- Dobbels F, De Geest S, et al. Depression and the heart: a systematic overview of definition, measurement, consequences and treatment of depression in cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2002; 1: 45–55.
- Vilchinsky N, Ginzburg K, Fait K, Foa EB. Cardiac-disease-induced PTSD CDI-PTSD: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2017; 55: 92–106. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.009>
- National Institute for Health and Care Excellence 2018. Post-traumatic stress disorder. NG116. Elérhető: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Perczel-Forintos D, Lisincki A. A PTSD kezelése NICE irányelvek alapján Elérhető: <https://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/files/2020/04/PTSD-kezel%C3%A9s%C3%A9nek-NICE-ir%C3%A1nyelvei.pdf>
- Tinhög P, et al: Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open* 2017; 7: e018899.
- Fudim M, Cerbin LP, Devaraj S, et al. Post-Traumatic Stress Disorder and Heart Failure in Men Within the Veteran Affairs Health System. *Am J Cardiol* 2018; 1222: 275–278. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2018.04.007>
- Supelana C, Annunziato RA, Kaplan D, et al. PTSD in solid organ transplant recipients: Current understanding and future implications. *Pediatr Transplant* 2016; 201: 23–33. <https://doi.org/10.1111/ptr.12628>
- Aune D, Schlesinger S, Norat T, et al. Tobacco smoking and the risk of heart failure: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Prev Cardiol* 2019; 263: 279–288. <https://doi.org/10.1177/2047487318806658>
- Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 2017; 1911: 1427–1443. <https://doi.org/10.1002/ehjhf.765>
- Tinoco JMVP, Figueiredo LDS, Flores PVP, et al. Effectiveness of health education in the self-care and adherence of patients with heart failure: a meta-analysis. *Rev Lat Am Enfermagem* 2021; 29: e3389. Published 2021 Jul 19. <https://doi.org/10.1590/1518.8345.4281.3389>
- Grózi Cs. Rajtad is múlik! Képzett beteg edukációs program tapasztalatai szervátültetettéknél. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy* 2019; 18(5): 32–35.
- Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, et al. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45: 637–651.
- MacMahon KMA, Lip GYH. Psychological factors in heart failure: a review of the literature. *Arch Intern Med*. 2002; 162: 509–516.
- Luttik ML, Jaarsma T, Moser D, et al. The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *J Cardiovasc Nurs* 2005; 20: 162–169.
- Moser DK, Worster PL. Effect of psychosocial factors on physiologic outcomes in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2000; 14: 106–115.
- Murberg TA. Long-term effect of social relationships on mortality in patients with congestive heart failure. *Int J Psychiatry Med* 2004; 34: 207–217.
- Wu JR, Moser DK, Chung ML, et al. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Card Fail* 2008; 147: 603–614. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2008.02.011>
- Wu JR, Frazier SK, Rayens MK, Lennie TA, Chung ML, Moser DK. Medication adherence, social support, and event-free survival in patients with heart failure. *Health Psychol* 2013; 326: 637–646. <https://doi.org/10.1037/a0028527>
- Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC, Samaha FF. Social support and self-care of patients with heart failure. *Ann Behav Med* 2008; 351: 70–79. <https://doi.org/10.1007/s12160-007-9003-x>
- Mehra MR, Canter CE, Hannan MM, et al. The 2016 International Society for Heart Lung Transplantation listing criteria for heart transplantation: A 10-year update. *J Heart Lung Transplant* 2016; 351: 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2015.10.023>
- Costanzo MR, Dipchand A, Starling R, et al. The International Society of Heart and Lung Transplantation Guidelines for the care of heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant* 2010; 298: 914–956. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2010.05.034>
- Tiringer I, Nagy A, Teleki Sz et al. Egy standardizált betegedukációs program lehetőségei az osztályos kardiológiai rehabilitációban *Cardiologia Hungarica* 2020; 50: 348–357. <https://doi.org/10.26430/CHUNGARICA.2020.50.5.348>
- Ocsovsky Zs, Tusor: Pszichológusok az invazív kardiológiai ellátásban In: Csabai M, Papp-Zipernovszky O, Sallay V. 2022. *Pszichológusok a betegellátásban*. M. Csabai, O. Papp-Zipernovszky, & V. Sallay, Eds. Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó; 2022. <http://doi.org/10.14232/szstep.pszibet.2022>
- Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Rubin EH. Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2015; 17511: 1773–1782. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5220>
- National Institute for Health and Care Excellence NICE. Depression in adults: recognition and management – Clinical guideline; 2009. www.nice.org.uk/guidance/cg90. Accessed September 18, 2021.
- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a szakpszichológiai ellátásról *Egészségügyi Közlöny* 24. szám, 2533–642.