

# NATĘŻENIE LĘKU I DEPRESJI U PACJENTÓW PODDAWANYCH ZABIEGOWI WYMIANY ZASTAWKI AORTALNEJ

## Severity of anxiety and depression in patients undergoing aortic valve replacement surgery



Jagoda Misiewicz<sup>1</sup>, Ewa M. Kobos<sup>2</sup>, Zofia Sienkiewicz<sup>2</sup>, Tomasz Kryczka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Absolwent kierunku pielęgniarstwo, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2019; 4: 147–153

Praca wptynęła: 19.07.2019; przyjęto do druku: 4.09.2019

Adres do korespondencji:

Ewa M. Kobos, Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Ciołka 27, 01-445 Warszawa, Polska, e-mail: ekobos@wum.edu.pl

### Streszczenie

**Cel pracy:** Ocena poziomu lęku, depresji i rozdrażnienia u pacjentów poddawanych zabiegowi wymiany zastawki aortalnej.

**Materiał i metody:** Badanie przeprowadzono w grupie 20 pacjentów poddanych zabiegowi przezcewnikowej implantacji zastawki aortalnej (TAVI) oraz 25 poddanych zabiegowi chirurgicznej wymiany zastawki aortalnej (AVR) w jednej z warszawskich klinik kardiologii. Do zebrania materiału badawczego wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS-M) składającą się z 16 pytań.

**Wyniki:** Po raz pierwszy zabiegowi poddawanych było 17 osób, a 28 miało już operacje w przeszłości. Poniżej 30 dni czekało na zabieg 26 badanych. Swoją orientację co do zabiegu jako pełną określiło 18 osób, a jej brak zadeklarowało 7 badanych pacjentów. W subskali lęku brak zaburzeń odnotowano u 19 pacjentów, stany graniczne u 9, a zaburzenia u 17. W subskali depresji i rozdrażnienia brak zaburzeń stwierdzono u 30 pacjentów, stany graniczne u 9, a zaburzenia u 6.

**Wnioski:** Około 40% pacjentów przygotowywanych do wymiany zastawki aortalnej bez względu na technikę zabiegu wykazuje zaburzenia w subskali lęku oraz depresji i rozdrażnienia. Poziom orientacji co do zabiegu oraz czas oczekiwania na zabieg nie różnicują natężenia lęku, depresji i rozdrażnienia u pacjentów, u których przeprowadza się wymianę zastawki aortalnej. Pacjenci poddawani zabiegowi chirurgicznemu po raz kolejny w życiu wykazują wyższy poziom lęku, depresji i rozdrażnienia. Poziom odczuwanego lęku jest wyższy u kobiet.

**Słowa kluczowe:** depresja, lęk, kardiologia, zastawka aortalna.

### Summary

**Aim of the study:** Assessment of the level of anxiety, depression, and irritability in patients undergoing aortic valve replacement surgery.

**Material and methods:** The study was conducted in a group of 20 patients treated with transcatheter aortic valve implantation (TAVI) and 25 patients undergoing aortic valve replacement (AVR) in one of the cardiac surgery departments in Warsaw, Poland. The research material was collected using an originally developed questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale-Modified (HADS-M).

**Results:** A total of 17 patients were operated on for the first time, and 28 had a history of prior surgical intervention. A total of 26 patients waited for the procedure less than 30 days. A total of 18 study patients declared their full orientation towards the surgical procedure. In the anxiety subscale, normal scores were noted in 19 patients, nine cases were borderline, and abnormalities were observed in 17 patients. In the depression and irritability subscale, 30 patient scores were recognised as normal, nine cases as borderline, and six as abnormal.

**Conclusions:** Approximately 40% of patients prepared for surgical aortic valve replacement (regardless of the type of surgery to be performed) demonstrate abnormalities in the subscales of anxiety, and depression, and irritability. The level of patient orientation towards the procedure and the waiting time for surgery are not factors differentiating the severity of anxiety, depression, and irritability in patients undergoing aortic valve replacement. Higher levels of anxiety, depression, and irritability are observed in individuals who have previously had surgery than in first-time surgery patients. The level of perceived anxiety is higher in women.

**Key words:** depression, anxiety, aortic valve, cardiac surgery.

## Wstęp

Wady zastawki aortalnej są najczęściej występującym rodzajem wad serca w Polsce oraz najczęstszą zastawkową wadą serca w Europie i Ameryce Północnej (dotyczą 2–7% populacji > 65. roku życia) [1]. Przez wiele lat leczenie stenozы aortalnej sprowadzało się do wszczepienia protezy zastawki aortalnej techniką operacji na otwartym sercu, co dawało bardzo dobre rezultaty kliniczne u większości pacjentów. Niestety u wielu osób ryzyko zgonu podczas operacji było bardzo duże. Jest ono zwiększone u pacjentów w wieku podeszłym, z ciężką, objawową stenozą aortalną ze zwapnieniami [2]. Obecnie istnieje możliwość przeprowadzenia mniej inwazyjnego zabiegu, który mogą przeżyć również pacjenci z wieloma chorobami współistniejącymi i z nieprawidłową pracą zastawki aortalnej, określanego jako przezcewnikowa implantacja zastawki aortalnej (*transcatheter aortic valve implantation – TAVI*) [3, 4]. Mimo wielu sukcesów metody TAVI nadal u większości pacjentów wybiera się leczenie sposobem klasycznym, czyli chirurgiczną wymianę zastawki aortalnej (*aortic valve replacement – AVR*), która wymaga otwarcia klatki piersiowej oraz usunięcia źle działającej zastawki własnej pacjenta. Według statystyk AVR stanowi aż 15% wszystkich przeprowadzanych zabiegów kardiologicznych [5]. Śmiertelność operacyjna w AVR (w przypadku izolowanej wady zastawki aortalnej) wynosi 1–4%, jednak u pacjentów w podeszłym wieku jest wyższa [6]. Śmiertelność proceduralną w zabiegu TAVI szacuje się na ok. 1%, a 12-miesięczną po zabiegu na ok. 14% [7].

Na ogólny poziom lęku i depresji towarzyszących osobie oczekującej na zabieg wpływa wiele czynników, m.in. osobowość pacjenta, ogólny stan zdrowia, choroby współistniejące, obce otoczenie, oddzielenie od bliskich, niepełne zrozumienie swojego stanu zdrowia oraz przyczyn wykonania zabiegu, obawy co do wystąpienia powikłań, strach przed bólem oraz zgonem [8]. Z badań przeprowadzanych w grupie pacjentów oczekujących na operację wynika, że prawie 80% pacjentów odczuwa lęk przed znieczuleniem ogólnym, połowa pacjentów boi się obudzenia w trakcie operacji [9]. Statystycznie częściej lęk przed planowanym zabiegiem odczuwają kobiety niż mężczyźni [8, 10, 11], poczucie lęku rośnie wraz z wiekiem badanych, a maleje wraz z wykształceniem [8, 11].

Identyfikacja zaburzeń lękowych i depresyjnych u pacjentów poddawanych zabiegom kardiologicznym oraz podjęcie wczesnej interwencji może mieć duże znaczenie dla przebiegu okresu pooperacyjnego oraz późniejszych rokowań. W badaniu dotyczącym wpływu nasilenia i przebiegu objawów depresyjnych na jakość życia pacjentów 6 miesięcy po operacji kardiologicznej wykazano, że wyższy poziom przedoperacyjnych objawów depresyjnych były predyktorem gor-

szego funkcjonowania fizycznego i psychospołecznego po operacji kardiologicznej [12]. W grupie pacjentów poddanych pomostowaniu aortalno-wieńcowemu (*coronary artery bypass grafting – CABG*), u których stwierdzono wyższe wartości lęku w okresie przedoperacyjnym, istotnie częściej występowała niestabilność hemodynamiczna w okresie pooperacyjnym. Odnotowano również związek objawów depresji z następującymi powikłaniami: nudności, pobudzenie, dłuższy czas intubacji w okresie pooperacyjnym [13].

Zaburzenia depresyjne mają również wpływ na somatyczne funkcje organizmu, takie jak praca układu nerwowego, układu endokrynnego oraz układu odpornościowego. Osoby cierpiące na depresję i zaburzenia związane z depresją wykazują mniejszą aktywność fizyczną, mniejsze zainteresowanie swoim stanem zdrowia oraz niższy poziom stosowania się do zaleceń lekarza [12]. Efektem jest gorsze rokowanie i większe prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań po zabiegu, takich jak infekcje układu oddechowego, rozejście się brzegów rany pooperacyjnej czy infekcja miejsca operowanego.

Z literatury wynika, że edukacja przedoperacyjna prowadzona przez pielęgniarki zmniejsza niepokój i powikłania pooperacyjne u pacjentów poddawanych zabiegom kardiologicznym [14]. W trakcie przygotowania pacjenta do zabiegu wymiany zastawki aortalnej należy pamiętać, jak ważne są jego obawy, nastrój, wyobrażenia o swojej przyszłości i oczekiwania co do zabiegu. Łącząc działania opieki somatycznej i wsparcie psychiczne, można uzyskać całkowitą gotowość pacjenta do zabiegu i umożliwić mu jak najlepszy powrót do codziennej aktywności po operacji.

Celem pracy była ocena poziomu lęku oraz depresji i rozdrażnienia u pacjentów poddawanych zabiegom wymiany zastawki aortalnej.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono u 25 pacjentów przed planowym zabiegiem AVR oraz 20 przed planowym zabiegiem TAVI, hospitalizowanych w klinice kardiologii, w dniu poprzedzającym zabieg. Czas rekrutacji pacjentów i trwania badania wyniósł 5 miesięcy (od stycznia do maja 2019 r.). Do zebrania materiału badawczego wykorzystano kwestionariusz ankiety zawierający zmienne socjodemograficzne i kliniczne oraz Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS-M). Zgodnie z kluczem skali odpowiedzi były punktowane od 0 do 3, ocena dotyczyła dwóch subskali: lęku (7 pytań) oraz depresji i rozdrażnienia (7 pytań + 2 pytania). W obu subskalach większa liczba punktów oznacza wyższy poziom badanej cechy. Na podstawie uzyskanych wyników pacjenci są klasyfikowani w każdej z podskal jako osoby: bez zaburzeń (0–7 pkt), ze stanem granicznym (8–10 pkt) oraz z zaburzeniami (powyżej 10 pkt) [15].

Weryfikację zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi przeprowadzono przy wykorzystaniu testu  $\chi^2$ . Przyjęto poziom istotności  $p = 0,05$ . Oznacza to, że wyniki  $p < 0,05$  wskazują na występowanie istotnych zależności pomiędzy badanymi zmiennymi.

### Charakterystyka badanej grupy

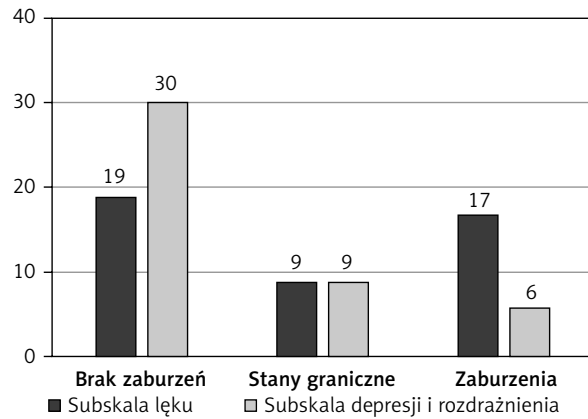
W badaniu wzięło udział 16 kobiet oraz 29 mężczyzn, ich średnia wieku wynosiła 71 lat (SD = 10,26). Spośród wszystkich ankietowanych 28 było w związku małżeńskim, 17 miało wykształcenie średnie, a 15 zasadnicze zawodowe. Czynnych zawodowo było 10 badanych. Dla 44 pacjentów była to kolejna hospitalizacja, a 28 chorych było operowanych już wcześniej. Swoją orientację co do rodzaju zabiegu i możliwych powikłań 18 pacjentów określiło jako pełną. Czas oczekiwania na zabieg w przypadku 26 osób wyniósł do 30 dni.

### Wyniki

Na podstawie badania u 19 pacjentów wykazano brak zaburzeń w subskali lęku, a u 30 w subskali depresji i rozdrażnienia (ryc. 1).

W subskali lęku zaburzenia wykazano u 8 osób przed TAVI i u 9 przed AVR. W subskali depresji i rozdrażnienia zaburzenia występowały u 3 pacjentów przed TAVI i 3 przed AVR. Analizy statystyczne nie wykazały istotnego związku między rodzajem zabiegu a natężeniem lęku ( $p = 0,956$ ) oraz depresji i rozdrażnienia ( $p = 0,746$ ) w badanej grupie pacjentów (tab. 1).

Wśród pacjentów poddawanych zabiegowi chirurgicznemu po raz pierwszy w subskali lęku zaburzenia odnotowano u 7 badanych, natomiast w grupie pacjentów poddawanych zabiegowi chirurgicznemu kolejny raz zaburzenia występowały u 10 badanych. W grupie pacjentów poddawanych zabiegowi pierwszy raz w życiu w subskali depresji i rozdrażnienia brak zaburzeń wykazano u 7 osób, wśród pacjentów poddawanych zabiegowi chirurgicznemu kolejny raz w życiu zaburzenia



Ryc. 1. Poziom lęku oraz depresji i rozdrażnienia ogółem

wystąpiły u 6 badanych. Osoby poddawane zabiegowi po raz pierwszy wykazały istotnie mniejszy poziom depresji i rozdrażnienia ( $p = 0,007$ ) (tab. 2).

Wśród pacjentów mających pełną lub częściową orientację co do rodzaju zabiegu w subskali lęku brak zaburzeń wykazano u 9 osób. W subskali depresji i rozdrażnienia w grupie pacjentów, którzy określili swoją orientację co do zabiegu jako pełną, wykazano zaburzenia u 1 osoby, natomiast w grupie mającej częściową orientację u 4 osób. Nie odnotowano istotnej korelacji pomiędzy orientacją pacjenta co do rodzaju zabiegu i jego możliwych powikłań a wynikami uzyskanymi w obu subskalach ( $p = 0,239$ ) (tab. 3).

W grupie pacjentów, którzy oczekiwali na zabieg poniżej 30 dni, w subskali lęku zaburzenia wykazano u 12 osób, a w subskali depresji i rozdrażnienia u 4. Nie wykazano istotnych korelacji między czasem oczekiwania pacjenta na zabieg a wynikami w subskali lęku ( $p = 0,318$ ) ani depresji i rozdrażnienia ( $p = 0,605$ ) (tab. 4).

W grupie chorych, u których występowały choroby współistniejące brak zaburzeń w subskali lęku wykazano u 11 pacjentów, w subskali depresji i rozdrażnienia u 8 osób. Nie odnotowano istotnej zależności ( $p = 0,255$ ) pomiędzy obecnością chorób współistnieją-

Tabela 1. Wyniki w subskalach lęku oraz depresji i rozdrażnienia a rodzaj zabiegu

HADS-M		Rodzaj zabiegu		Wynik testu
		TAVI	AVR	
lęk	brak zaburzeń	8	11	$\chi^2 = 0,089$ $df = 2$ $p = 0,956$
	stany graniczne	4	5	
	zaburzenia	8	9	
depresja i rozdrażnienie	brak zaburzeń	14	16	$\chi^2 = 0,585$ $df = 2$ $p = 0,746$
	stany graniczne	3	6	
	zaburzenia	3	3	

$\chi^2$  – statystyka testu,  $df$  – stopnie swobody,  $p$  – istotność statystyczna

Tabela 2. Wyniki w subskalach lęku oraz depresji i rozdrażnienia a doświadczenie zabiegu

HADS-M		Zabieg chirurgiczny		Wynik testu
		pierwszy raz	kolejny raz	
lęk	brak zaburzeń	5	14	$\chi^2 = 2,356$ $df = 2$ $p = 0,308$
	stany graniczne	5	4	
	zaburzenia	7	10	
depresja i rozdrażnienie	brak zaburzeń	10	20	$\chi^2 = 10,021$ $df = 2$ $p = 0,007$
	stany graniczne	7	2	
	zaburzenia	0	6	

$\chi^2$  – statystyka testu,  $df$  – stopnie swobody,  $p$  – istotność statystyczna

Tabela 3. Wyniki w subskalach lęku oraz depresji i rozdrażnienia a orientacja pacjenta co do planowanego zabiegu

HADS-M		Orientacja co do rodzaju zabiegu			Wynik testu
		pełna	częściowa	brak	
lęk	brak zaburzeń	9	9	1	$\chi^2 = 5,514$ $df = 4$ $p = 0,239$
	stany graniczne	5	2	2	
	zaburzenia	4	9	4	
depresja i rozdrażnienie	brak zaburzeń	15	11	4	$\chi^2 = 3,960$ $df = 4$ $p = 0,411$
	stany graniczne	2	5	2	
	zaburzenia	1	4	1	

$\chi^2$  – statystyka testu,  $df$  – stopnie swobody,  $p$  – istotność statystyczna

Tabela 4. Wyniki w subskalach lęku oraz depresji i rozdrażnienia a czas oczekiwania na zabieg

HADS-M		Czas oczekiwania na zabieg			Wynik testu
		do 30 dni	31–60 dni	> 60 dni	
lęk	brak zaburzeń	11	7	1	$\chi^2 = 4,710$ $df = 4$ $p = 0,318$
	stany graniczne	3	4	2	
	zaburzenia	12	3	2	
depresja i rozdrażnienie	brak zaburzeń	17	11	2	$\chi^2 = 2,725$ $df = 4$ $p = 0,605$
	stany graniczne	5	2	2	
	zaburzenia	4	1	1	

$\chi^2$  – statystyka testu,  $df$  – stopnie swobody,  $p$  – istotność statystyczna

cych u pacjenta a wynikami w subskali lęku oraz depresji i rozdrażnienia ( $p = 0,072$ ) (tab. 5).

U pacjentów w wieku 44–60 lat w subskali lęku wykazano zaburzenia u 2 osób, w wieku 61–75 lat u 7 osób, natomiast w wieku 76–92 lat u 6. W subskali depresji i rozdrażnienia u pacjentów w wieku 44–60 lat wykazano brak zaburzeń u 6 osób, a stany graniczne u 1 osoby. W grupach wiekowych 61–75 lat oraz 76–92 lat u 3 pacjentów wykazano zaburzenia. Nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji między wiekiem pacjentów a wynikami w obu podskalach (tab. 6).

W subskali lęku brak zaburzeń stwierdzono u 3 kobiet oraz 16 mężczyzn, w subskali depresji i rozdraż-

nienia – u 9 kobiet i 21 mężczyzn. Wykazano bliską istotności korelację między poziomem lęku a płcią badanych ( $p = 0,055$ ). Wśród kobiet wartości w subskali lęku były wyższe (tab. 7).

## Dyskusja

Badania poziomu lęku oraz depresji i rozdrażnienia u pacjentów oczekujących na zabieg wymiany zastawki aortalnej nie są często podejmowane. Z uwagi na coraz powszechniejsze kwalifikowanie do TAVI osób, których stan zdrowia nie pozwala na zastosowanie innej tech-

**Tabela 5.** Wyniki w subskalach lęku oraz depresji i rozdrażnienia a występowanie u pacjentów chorób współistniejących

HADS-M		Obecność chorób współistniejących		Wynik testu
		nie	tak	
lęk	brak zaburzeń	4	11	$\chi^2 = 2,731$ $df = 2$ $p = 0,255$
	stany graniczne	3	6	
	zaburzenia	1	13	
depresja i rozdrażnienie	brak zaburzeń	8	17	$\chi^2 = 5,269$ $df = 2$ $p = 0,072$
	stany graniczne	0	7	
	zaburzenia	0	6	

$\chi^2$  – statystyka testu,  $df$  – stopnie swobody,  $p$  – istotność statystyczna

**Tabela 6.** Wyniki w subskalach lęku oraz depresji i rozdrażnienia a wiek pacjentów

HADS-M		Wiek			Wynik testu
		44–60	61–75	76–92	
lęk	brak zaburzeń	4	7	8	$\chi^2 = 1,498$ $df = 4$ $p = 0,827$
	stany graniczne	1	5	3	
	zaburzenia	2	9	6	
depresja i rozdrażnienie	brak zaburzeń	6	11	13	$\chi^2 = 6,129$ $df = 4$ $p = 0,190$
	stany graniczne	1	7	1	
	zaburzenia	0	3	3	

$\chi^2$  – statystyka testu,  $df$  – stopnie swobody,  $p$  – istotność statystyczna

**Tabela 7.** Wyniki w subskalach lęku oraz depresji i rozdrażnienia a płeć

HADS-M		Płeć		Wynik testu
		kobieta	mężczyzna	
lęk	brak zaburzeń	3	16	$\chi^2 = 5,793$ $df = 2$ $p = 0,055$
	stany graniczne	5	4	
	zaburzenia	8	9	
depresja i rozdrażnienie	brak zaburzeń	9	21	$\chi^2 = 2,958$ $df = 2$ $p = 0,228$
	stany graniczne	3	6	
	zaburzenia	4	2	

$\chi^2$  – statystyka testu,  $df$  – stopnie swobody,  $p$  – istotność statystyczna

niki wymiany zastawki, zasadne jest prowadzenie badań w tym zakresie.

W badaniu przeprowadzonym w grupie 75 pacjentów poddawanych CABG, którego celem było wykazanie zależności między wysokim wynikiem w skali HADS przed zabiegiem kardiochirurgicznym a późniejszym występowaniem różnego rodzaju powikłań pooperacyjnych, średni wynik w subskali lęku przed zabiegiem wynosił 5,5 pkt, natomiast w subskali depresji i rozdrażnienia 4,0 pkt [10]. Williams i wsp. zrealizowali badanie w grupie pacjentów powyżej 70. roku życia dwa dni przed planowanym zabiegiem CABG lub wymiany za-

stawki aortalnej. Mimo że zaburzenia lękowe w okresie przedoperacyjnym występowały u nielicznych pacjentów (7%), autorzy stwierdzili, że był to bardzo ważny czynnik późniejszej śmiertelności lub zapadalności na poważne choroby [16]. W badaniu własnym zaburzenia lękowe stwierdzono u znacznie wyższego odsetka badanych – 38% (7 osób). Również w badaniach Krannicha i wsp. zwrócono uwagę, że wysoki poziom lęku oraz depresji i rozdrażnienia istotnie wpływa na pogorszenie funkcjonowania pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych oraz na zmniejszenie efektywności procesu rehabilitacji pooperacyjnej [17]. Badanie wykazało wyż-



szy poziom lęku przed zabiegiem u pacjentów młodszych, czego nie potwierdziły analizy własne.

W badaniu własnym odnotowano wyższy poziom lęku wśród kobiet, co potwierdzili w swoich badaniach również Rodrigues i wsp. [13]. Autorzy ci dowodzą również, że zaburzenia lękowe zdiagnozowane u kobiet w okresie przedoperacyjnym skutkowały późniejszymi zaburzeniami hemodynamicznymi, a w konsekwencji dłuższym pobytem na oddziale intensywnej terapii. Zidentyfikowano także związek między występowaniem zaburzeń depresyjnych a późniejszym występowaniem nudności, pobudzenia oraz deficytów neurologicznych.

Cserép i wsp. w badaniu z wykorzystaniem skali lęku STAI w grupie pacjentów, u których planowano CABG lub wymianę zastawki aortalnej, wykazali zależność między występowaniem zaburzeń lękowych i depresyjnych a zgonami po zabiegu kardiologicznym. Wyższy poziom depresji oznaczał większe ryzyko zgonu pooperacyjnego [18]. W analizach własnych nie uwzględniono korelacji między poziomem lęku oraz depresji i rozdrażnienia a długością edukacji, o co warto byłoby rozszerzyć kolejne badania.

Botzet i wsp. badali pacjentów przed wymianą zastawki mitralnej, a następnie tydzień i 6 miesięcy po zabiegu. Przyjęli hipotezę, że osoby po operacji wymiany zastawki mitralnej będą lepiej radzić sobie ze stresem związanym z operacją kardiologiczną od chorych poddawanych CABG. W badaniu dowiedziono, że poziom lęku oraz depresji i rozdrażnienia były wyższe u pacjentów przed i po CABG. W części badania opisującej poziom lęku oraz depresji i rozdrażnienia u pacjentów przed zabiegiem kardiologicznym uzyskano wyniki wyższe od normy u 33 osób (33%) w subskali lęku, u 15 osób (15%) w subskali depresji i rozdrażnienia [19]. Opisane powyżej wyniki nieco różnią się od uzyskanych w badaniach własnych, w których w subskali lęku u 26 osób (58%) rozpoznano stany graniczne lub zaburzenia, a w subskali depresji i rozdrażnienia 15 osób (33%). Według autorów skala HADS powinna być rutynowo stosowana w klinikach kardiologicznych i analizowana we współpracy z psychologami [19]. Zasadność oceny stanu psychicznego pacjentów potwierdziły również wyniki własne.

W badaniu Okamoto i wsp., którego celem było porównanie stanu psychicznego 128 pacjentów od roku do 5 lat po zabiegu kardiologicznym, w porównywanych grupach uzyskano zbliżone wyniki, co może świadczyć o tym, że niezależnie od rodzaju zabiegu pacjenci wykazują podobny poziom lęku, depresji i rozdrażnienia [20]. W badaniu własnym również nie odnotowano istotnej różnicy w wynikach w zależności od rodzaju zabiegu.

Heilmann i wsp. podjęli próbę udowodnienia, że odpowiednie wsparcie przed zabiegiem kardiologicznym wpływa na redukcję lęku przed operacją, co skutkuje lepszym przebiegiem zdrowienia. U pacjen-

tów, z którymi przed operacją przeprowadzono 30-minutową rozmowę zawierającą elementy psychoterapii, stwierdzono znacznie niższy poziom lęku przedoperacyjnego oraz 5 dni po operacji w porównaniu z pacjentami, którzy nie odbyli takiej rozmowy. Badanie pokazało, że odpowiednie szkolenie personelu medycznego w zakresie informowania oraz wsparcia emocjonalnego dla pacjentów przed zabiegiem kardiologicznym zdecydowanie wpływa na redukcję poziomu lęku przed i po operacji [21].

Podsumowując – wyżej opisane wyniki badań potwierdzają, jak ważna w procesie leczenia pacjenta na oddziale kardiologicznym jest opieka psychologiczna, dokładna obserwacja i ocena stanu emocjonalnego. Z przedstawionego materiału wynika, że poziom lęku, depresji i rozdrażnienia przed operacją wpływa na przebieg okresu pooperacyjnego. Dokładne określenie stanu emocjonalnego pacjenta przed zabiegiem pozwala na odpowiednią interwencję personelu medycznego, a w efekcie poprawia rokowanie. Właściwe przygotowanie do prowadzenia rozmów daje pielęgniarce narzędzie do redukcji lęku oraz depresji i rozdrażnienia u pacjentów kardiologicznych.

## Wnioski

Okolo 40% pacjentów przygotowywanych do zabiegu wymiany zastawki aortalnej, bez względu na technikę zabiegu, wykazało zaburzenia w subskali lęku, a ok. 13% w subskali depresji i rozdrażnienia.

Pacjenci poddani zabiegowi po raz kolejny w życiu mieli wyższy poziom lęku, depresji i rozdrażnienia. Wśród kobiet poziom lęku był wyższy niż wśród mężczyzn.

Wskażane jest objęcie pacjentów oczekujących na wymianę zastawki aortalnej badaniami przesiewowymi mającymi na celu określenie ich samopoczucia psychicznego przed zabiegiem. Ocena stanu funkcjonowania psychicznego pacjentów może uzasadniać wczesne wdrożenie opieki psychologicznej.

Ograniczeniem badania jest jego przeprowadzenie na jednym oddziale kardiologicznym, co nie pozwala na generalizowanie wniosków. W badaniu wzięła udział niewielka liczba pacjentów, zastosowano w nim dobór wygodny, co oznacza, że tylko dostępni pacjenci zostali do niego włączeni.

*Autorki deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo

1. Gąsior Z, Stępińska J. Postępy w diagnostyce i leczeniu nabytych zastawkowych wad serca. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011; 40-41.
2. Wendt D, Osswald B, Kayser K. Society of Thoracic Surgeons score is superior to the EuroSCORE determining mortality in high risk

- patients undergoing isolated aortic valve replacement. *Ann Thorac Surg* 2009; 88: 468-475.
3. Leon M, Smith C, Mack M. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med* 2010; 363: 1597-1607.
  4. Jimenez-Quevedo P, Serrador A, Perez de Prado A. Expansion of TAVI Indications to Intermediate-risk Patients. *Rev Esp Cardiol* 2017; 70: 218-219.
  5. Jasiński M, Woś S. Postępy w chirurgicznym leczeniu wady zastawki aortalnej. W: Postępy w diagnostyce i leczeniu nabytych zastawkowych wad serca. Gąsior Z, Stępińska J (red). Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011; 123-124.
  6. Baumgartner H, Falk V, Bax J. Wytyczne ESC/EACTS dotyczące leczenia zastawkowych wad serca w 2017 roku. *Kardiologia Pol* 2018; 76: 1-62.
  7. Byczkowska K, Pawlak A, Suwalski P i wsp. Przezcewnikowa implantacja zastawki aortalnej jako metoda leczenia ciężkiej stenozы aortalnej – status kliniczny pacjentów i wyniki leczenia w dwunastomiesięcznej obserwacji pochodzącej z jednego ośrodka. *Kardiologia Inwazyjna* 2018; 13: 3-12.
  8. Augustyniuk K, Pawlak J, Jurczak A i wsp. Ocena poziomu lęku u pacjentów hospitalizowanych. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15: 73-75.
  9. Rusiecka U, Panasiuk L. Analiza obaw pacjentów przed planowanym znieczuleniem ogólnym. *Aspekty Zdrowia i Choroby* 2018; 3: 23-50.
  10. Rodrigues H, Furuya R, Dantas R. Anxiety and depression in cardiac surgery: sex and age range differences. *Esc Anna Nery* 2016; 20: 1-7.
  11. Romanik W, Kański A, Soluch P i wsp. Kwestionariuszowy i deklarowany poziom lęku chorych przed operacją. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2009; 41: 94-99.
  12. Goyal T, Idler E, Krause T i wsp. Quality of life following cardiac surgery: impact of the severity and course of depressive symptoms. *Psychosom Med* 2005; 67: 759-765.
  13. Rodrigues H, Furuya R, Dantas R. Association of preoperative anxiety and depression symptoms with postoperative complications of cardiac surgeries. *Rev Lat Am Enfermagem* 2018; 26: e3107.
  14. Kalogianni A, Almpani P, Vastardis L. Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? *Eur J Cardiovasc Nurs* 2016; 15: 447-458.
  15. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
  16. Williams J, Alexander M, Morin J. Preoperative Anxiety as a predictor of mortality and major morbidity in patients aged > 70 years undergoing cardiac surgery. *Am J Cardiol* 2013; 111: 1079.
  17. Krannich J, Weyers P, Lueger S. Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry* 2007; 12: 47.
  18. Cserép Z, Losonczi E, Balog P. The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. *J Cardiothorac Surg* 2012; 7: 86.
  19. Botzet K, Dalyanoglu H, Schäfer R. Anxiety and depression in patients undergoing mitral valve surgery: a prospective clinical study. *Thorac Cardiovasc Surg* 2018; 66: 530-536.
  20. Okamoto Y, Motomura N, Murashima S. Anxiety and depression after thoracic aortic surgery or coronary artery bypass. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2013; 21: 22-30.
  21. Heilmann C, Stotz U, Burbaum C. Short term intervention to reduce anxiety before coronary artery bypass surgery – a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2016; 25: 351-361.