

Abstract

*Kasianova A. Yu. *, Lebid I. G.,
Scientific and Practical Medical
Centre of Pediatric Cardiology and
Cardiosurgery of Ministry of
Healthcare of Ukraine,
24 Melnikov St., Kyiv, 04050,
Ukraine*

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF QUALITY OF LIFE OF YOUNG ADULTS AFTER CONGENITAL HEART SURGERY

Modern cardiosurgery opportunities of highly qualified specialists can help patients with congenital heart disease (CHD) to improve significantly their health and life longevity, but at the same time, many patients still complain of weakness, fast tiredness, bad mood and low quality of life.

Our aims was to identify medical and psychological features of low quality of life of adult patients of younger age after congenital heart surgery.

Material and Methods. The study involved patients (aged 19 ± 2.8 years) with surgically corrected inborn congenital heart disease. The psychodiagnostics included the study of the quality of life and the identification of signs of anxiety and depression in the patients.

Discussion. We identified gender differences in the quality of life of young adult patients with CHD: namely, every day activities of men were significantly limited due to their physical condition, – it either precedes or follows the worsening of their emotional status – but women had rather high indices of life quality. However, both men and women displayed a dramatic limitation of social contacts. Young adult patients with surgically corrected CHD displayed significant limitation of social contacts, decrease in communication levels due to the worsening of their physical and emotional condition. 42 % of male and 50 % of female patients displayed the symptoms of anxiety and/or depressive disorders.

Conclusion. Having analyzed practical advantages and possible disadvantages of different foreign questionnaires, which are adapted in Russian to assess the quality of life, we found out that MHFLQ (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire) is very simple and easy to use in individual analysis. However, it does not allow us to differentiate the calculation of component parts of mental, physical and social functioning for a specific group of patients. At the same time, the MOS SF-36 (36-Item Short Form Health Survey) and WHOQoL-bref (World Health Organization Quality of Life) methods allow us to assess a specific influence of physical, mental and social components on the quality of life. Unfortunately, these surveys have displayed different results. The HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) method provides an opportunity to single out a patients' risk group characterized by a clinical level of depression and anxiety. The implementation of active and timely psychodiagnostics and psychocorrection measures will help adult patients with the inborn congenital heart disease after the surgery to improve their quality of life.

Key words: congenital heart disease, adult patients, cardiosurgery, quality of life, anxiety, depression.

Corresponding author: * Cardiodeti24@gmail.com

Резюме

Касьянова А. Ю., Лебідь І. Г.,
Науково-практичний медичний
центр дитячої кардіології та
кардіохірургії Міністерства
охорони здоров'я України,
вул. Мельникова, 24, Київ, 04050,
Україна*

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ МОЛОДИХ ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПРООПЕРОВАНИМИ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Сучасні висококваліфіковані кардіохірургічні можливості допомагають пацієнтам значно поліпшити їхнє здоров'я та тривалість життя, але разом з тим залишається значна кількість пацієнтів, які продовжують скаржитися на слабкість, поганий настрій та низьку якість життя.

Метою роботи було визначити медико-психологічні особливості якості життя молодих дорослих пацієнтів із прооперованими вродженими вадами серця.

Методи дослідження склались з психодіагностики якості життя та виявлення ознак тривоги та депресії у пацієнтів з хірургічно коригованими вродженими вадами серця віком ($19 \pm 2,8$) років.

Так, у молодих дорослих пацієнтів із прооперованими вродженими вадами серця виявлене значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану. 42 % чоловіків та 50 % жінок мали ознаки тривожного та/або депресивного розладів.

Отже, впровадження активних та вчасних психодіагностичних та психокорекційних заходів допомоги молодим дорослим пацієнтам із прооперованими вродженими вадами серця дозволить підвищити якість їхнього життя.

Ключові слова: вроджені вади серця, дорослі пацієнти, хірургічна корекція, якість життя, тривога, депресія.

Резюме

*Касьянова А. Ю. *, Лебедь И. Г.,
Научно-практический
медицинский центр детской
кардиологии и кардиохирургии
Министерства охраны здоровья
Украины,
ул. Мельникова, 24, Киев, 04050,
Украина*

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПРООПЕРИРОВАННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Современные высококвалифицированные кардиохирургические возможности помогают пациентам значительно улучшить их здоровье и продолжительность жизни, но вместе с тем остается большое количество пациентов, продолжающих жаловаться на слабость, плохое настроение и низкое качество жизни.

Цель исследования – определить медико-психологические особенности качества жизни молодых взрослых пациентов с прооперированными врожденными пороками сердца.

Психодиагностика состояла из исследования качества жизни и выявления признаков тревоги и депрессии у пациентов с хирургически коррегированными врожденными пороками сердца в возрасте ($19 \pm 2,8$) лет.

Так, у молодых взрослых пациентов с прооперированными врожденными пороками сердца выявлено значительное

ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. 42 % мужчин и 50 % женщин имели признаки тревожного и/или депрессивного расстройства.

Лишь внедрение активных и своевременных психодиагностических и психокоррекционных мер помощи молодым взрослым пациентам с прооперированными врожденными пороками сердца позволит повысить качество их жизни.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, взрослые пациенты, хирургическая коррекция, качество жизни, тревога, депрессия.

Автор, відповідальний за листування: * Cardiodeti24@gmail.com

Вступ

Становлення і вдосконалення кардіохірургії у світі дозволило поліпшити виживання дітей із вродженими вадами серця (ВВС). Завдяки стрімкому прогресу кардіохірургії 85 % дітей із ВВС досягають повноліття [1]. Демографічні прогнози передбачають, що пацієнтів із ВВС серед дорослих помітно більшатиме [2]. Тому сучасні акценти вдосконалення допомоги пацієнтам із ВВС перейшли від педіатричної системи надання допомоги до формування стрункої структури кардіологічної служби для дорослих із цією патологією [3].

В Україні активний розвиток дитячої кардіохірургії новонароджених з початку 90-х років минулого сторіччя призвів до того, що на сьогодні формується популяція пацієнтів, які не лише перенесли оперативне лікування і вижили після операції, а й вимагають оперативного лікування на даний момент. Корекція вади – принципово важливе питання для кожного дорослого з ВВС. Однак, як показують дані літератури, в системі надання допомоги дорослому населенню в певних ситуаціях, особливо при спірних або суперечливих показаннях до повторних коригувальних процедур зростає роль додаткових критеріїв, що дозволяють схилитись або на користь оперативного лікування, або на користь неінвазивних медико-психологічних заходів [4].

У зв'язку з цим науковці приділять увагу дослідженню якості життя пацієнтів із ВВС та розробленню ефективних методів фізичної реабілітації та психосоціальної адаптації хворих [5]. За даними деяких досліджень загальна оцінка якості життя дорослих пацієнтів із ВВС не відрізняється від їхніх однолітків, але відмічається, що близько 15 % пацієнтів мають психоемоційні розлади, з яких 39 % ніколи не

отримували психологічної допомоги [6]. Тому **метою** нашого дослідження була спроба проаналізувати складові якості життя та емоційний стан дорослих пацієнтів, щоб визначити медико-психологічні предиктори низької якості життя дорослих пацієнтів з хірургічно коригованими ВВС.

Завдання дослідження

1. Вивчити якість життя молодих дорослих пацієнтів із ВВС, які були прооперовані в дитинстві.
2. Оцінити психоемоційний стан молодих дорослих пацієнтів із ВВС, які були прооперовані в дитинстві.
3. Проаналізувати переваги та можливі недоліки різних зарубіжних опитувальників, адаптованих російською мовою, для визначення якості життя.

Об'єкт дослідження – якість життя та психоемоційний стан прооперованих у дитинстві молодих дорослих із ВВС.

Предмет дослідження – фізико-психосоціальні закономірності формування якості життя прооперованих у дитинстві молодих дорослих із ВВС.

Матеріали і методи

На базі Клініки для дорослих ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» на амбулаторному прийомі було запрошено до конфіденційного анкетування 58 дорослих пацієнтів. Із них для психодіагностичного дослідження відібрали 26 хворих віком ($19 \pm 2,8$) років, (54 % жінок), із різними ВВС, через (9 ± 5) років після 1–2 операцій на серці, без генетичної синдромальної патології. Методи психодіагностичного дослідження склалися із чотирьох, адаптованих російською мовою, тестових методик, а саме: мінесотського

опитувальника для визначення якості життя пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю ((MLHFQ – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire) [7]; короткої форми неспецифічного опитувальника для визначення якості життя MOS SF-36 (36-Item Short Form Health Survey) [8]; скороченої версії опитувальника BOOЗ для оцінки якості життя WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life) [9]; госпітальної шкали для виявлення тривоги та депресії ((HADS) Hospital Anxiety and Depression Scale) [10]. Статистична обробка даних проводилася за допомогою програми SPSS (Statistical Package for Social Science) версії 12.0.2 та програми Excel. Рівнем значущості вважали достовірність розбіжностей при $p < 0,05$. Для дослідження розбіжностей результатів за шкалами, поданими у балах, ми використовували непараметричний критерій U – Манна Уїтні, а для оцінки достовірності розбіжностей між відсотковими частками двох вибірок використовували критерій ϕ – кутове перетворення Фішера.

Результати та їх обговорення

Наше дослідження було проведене в період За методикою MHFLQ, якість життя у чоловіків коливалася в межах $(19,83 \pm 12,73)$ балів, у жінок – $(18,93 \pm 10,81)$ балів, ($p > 0,05$). Порівнюючи отримані результати з нашим попереднім дослідженням якості життя хворих із мітральними вадами через один рік після клапанозберігаючих операцій віком $(59,25 \pm 12,58)$ років [11], можна стверджувати про достатньо високий рівень якості життя молоді, за методикою MHFLQ. Це може бути пов'язано як із віком (менша супутня захворюваність), так і з кращим психофізичним станом. Серед переваг цієї методики виявлено простоту та швидкість використання в медичній практиці та доступний індивідуальний якісний аналіз окремих пунктів якості життя для кожного окремого пацієнта. Основним недоліком є неможливість диференційованого підрахунку складових психічного, фізичного та соціального функціонування для певної групи пацієнтів.

За результатами методики MOS SF-36 виявлені помітно низькі показники за шкалою рольового функціонування, обумовленого емоційним станом (RE), та шкалою рольового функціонування, обумовленого фізичним станом (RP), що свідчить про те, що щоденна діяльність чоловіків значно обмежена їхнім

фізичним станом, що передусе або обумовлене погіршенням їхнього емоційного стану. Показовими є низькі результати за шкалою соціального функціонування (SF), що вказує на значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного станів. Результати за методикою SF-36 наведені в табл. 1. Основними недоліками методики є складність обробки результатів, відсутність питань, що стосуються сну та сексуального життя; перевагами є диференціація складових якостей життя за станом фізичного, психічного та соціального благополуччя.

За результатами методики WHOQoL-bref молоді дорослі пацієнти з прооперованими ВВС найнижчі показники отримали за фізичною сферою $(56,8 \pm 11,9)$ балів у чоловіків та $(59,2 \pm 6)$ балів у жінок, що свідчить про низьку повсякденну активність, залежність від медичної допомоги, можливий біль та дискомфорт, знесилення, поганий сон. Найвищі середні бали отримані за соціальною сферою: $(72,2 \pm 22,8)$ балів серед чоловіків та $(67,8 \pm 22,7)$ балів у жінок, що свідчить про достатню задоволеність міжособистісними стосунками, соціальну підтримку та нормальну сексуальну активність. Результати за методикою WHOQoL-bref подані в табл. 2. Основними недоліками методики є складність обробки результатів та необхідність порівняння результатів із середньостатистичними національними показниками, що вимагає паралельного тестування здорових осіб. Серед переваг методики є розподіл критерію якості життя на фізичну, психологічну, соціальну та сферу навколишнього середовища.

Незважаючи на те, що інтерпретація результатів методик MOS SF-36 та WHOQoL-bref за ключем прирівняна до 100 балів, отримані дані різняться за шкалами психічного та фізичного функціонування. Так, за методикою MOS SF-36 рівень фізичного компонента здоров'я вищий як серед чоловіків, так і серед жінок порівняно з компонентом психічного здоров'я пацієнтів. Разом з тим за методикою WHOQoL-bref ми отримали протилежні результати, вищі бали виявилися в психологічній сфері пацієнтів порівняно з фізичною сферою. Крім того, рівень оцінки соціальної активності за шкалою MOS SF-36 є низьким, а за методикою WHOQoL-bref – високим.

Таблиця 1

Складові якості життя дорослих пацієнтів із ВВС за даними опитувальника MOS SF-36

Шкала	Чоловіки* (n = 12) (у балах)	Жінки* (n = 14) (у балах)
Загальний стан здоров'я (GH)	67,2 ± 18,1	60,2 ± 17,4
Фізичне функціонування (PF)	86,4 ± 9,8	78,6 ± 15,2
Рольове функціонування, обумовлене фізичним здоров'ям (RP)	57,7 ± 42,8	76,8 ± 29,1
Рольове функціонування, обумовлене емоційним здоров'ям (RE)	57,7 ± 42,8	83,4 ± 30,1
Соціальна активність (SF)	47,8 ± 8,9	44,7 ± 9,1
Інтенсивність болю (BP)	81 ± 22,1	81,5 ± 20,2
Життєва активність / життєстійкість (VT)	69,1 ± 20,8	66,8 ± 21,1
Психічне здоров'я (MH)	69,5 ± 20,4	69,4 ± 20,9
Фізичний компонент здоров'я	73 ± 23,2	74,3 ± 20,5
Психологічний компонент здоров'я	61 ± 23,2	66,1 ± 20,3

* – показники чоловіків та жінок, вираховані за критерієм Манна-Уїтні U ($p > 0,05$)

Таблиця 2

Складові показника якості життя дорослих пацієнтів із ВВС за даними опитувальника WHOQoL-bref

Сфера якості життя	Чоловіки* (n = 12) (у балах)	Жінки* (n = 14) (у балах)
Фізична сфера	56,8 ± 11,9	59,2 ± 6
Психологічна сфера	66,5 ± 12,8	64,9 ± 12,1
Соціальна сфера	72,2 ± 22,8	67,8 ± 22,7
Сфера навколишнього середовища	67,8 ± 18,9	71 ± 11,3
Сумарний середній показник	65,8 ± 16,6	66,7 ± 16

* – показники чоловіків та жінок, вираховані за критерієм Манна-Уїтні U ($p > 0,05$)

Такі розбіжності не дають нам можливості зрозуміти справжній стан складових якостей життя та їх окремих вплив на загальний показник рівня якості життя.

За результатами методики госпітальної шкали тривоги та депресії HADS тривожність у чоловіків виявилась у межах (6,08 ± 4,17) балів, у жінок - (6,43 ± 2,66) балів, ($p > 0,05$). Ознаки депресивного розладу, за методикою HADS, у чоловіків виявились у межах (5,17 ± 3,99) балів, у жінок - (3,43 ± 2,03) балів, ($p > 0,05$). Гендерний структурний рівень тривожності за методикою HADS поданий на рис. 1. Цікавим

виявився той факт, що, незважаючи на те, що у відсотковій частці 42 % чоловіків та 50 % жінок мали ознаки тривожного та/або депресивного розладів, ознаки депресивних розладів виявились у значущій різниці – 41 % у чоловіків та 7 % у жінок, ($p < 0,05$) мали ознаки депресивних розладів. Гендерний структурний рівень депресії за методикою HADS поданий на рис. 2. Основними перевагами методики HADS є простота, швидкість та легкість використання в загальній медичній практиці, а також можливість окремої оцінки рівня тривоги та депресії. За результатами зарубіжних

досліджень ми не виявили гендерних відмінностей, але виявили різнопланові дані щодо ознак тривожних та депресивних розладів у пацієнтів із ВВС, що може бути пов'язано як із різним віковим діапазоном хворих, так із використанням різних психодіагностичних тестів (табл. 3).

Застосування різних методик для оцінки якості життя молодих дорослих пацієнтів із ВВС дозволило нам порівняти практичну та наукову цінність опитувальників у медичній практиці кардіохірургії ВВС. Незважаючи на принципові розбіжності в результатах між психічним та фізичним компонентами якості життя за методиками MOS SF-36 та WHOQoL-

bref саме експрес-аналіз тривоги та депресії за методикою HADS допоміг виявити групу ризику пацієнтів із ВВС із низькою якістю життя.

Таким чином, система медико-психологічної допомоги молодим дорослим пацієнтам, які були прооперовані з приводу ВВС у дитинстві, має передбачати системні заходи психодіагностики та виявлення групи ризику пацієнтів із низькою якістю життя через психосоціальні проблеми. В майбутньому актуальною є розроблення психокорекційних та психотерапевтичних заходів для зазначеної категорії хворих у рамках кардіохірургічних центрів.

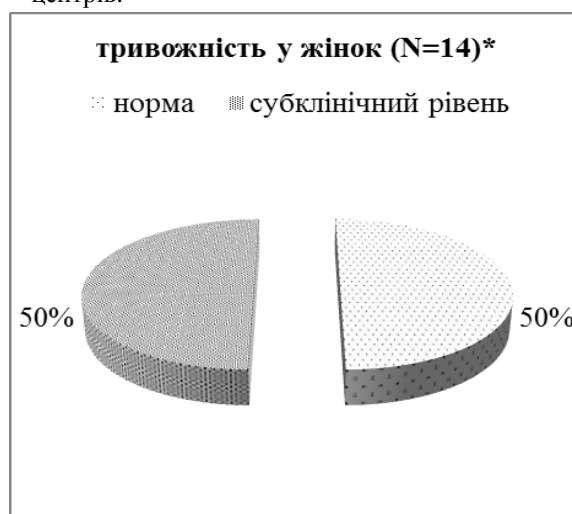


Рис. 1. Ознаки тривоги за методикою HADS у дорослих пацієнтів із прооперованими ВВС залежно від статі. Примітка: * – за критерієм Фішера, ϕ ($p > 0,05$)

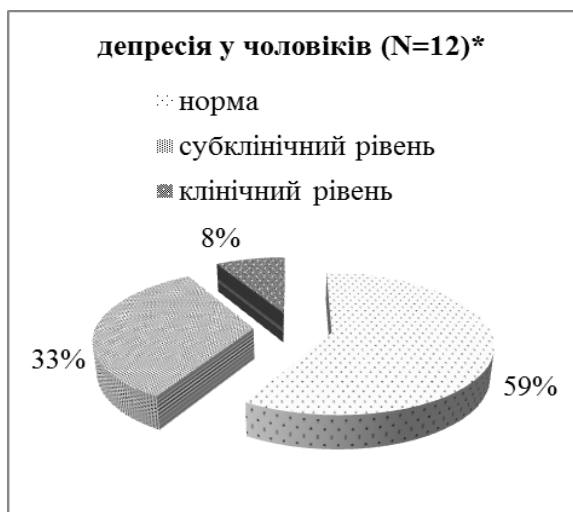


Рис. 2. Ознаки депресії за методикою HADS у дорослих пацієнтів із прооперованими ВВС залежно від статі. Примітка: * – за критерієм Фішера, ϕ ($p < 0,05$)



Таблиця 3

Дослідження тривоги та депресії у пацієнтів із вродженими вадами серця

Дослідження	Кількість пацієнтів	Вік пацієнтів, роки	Депресія, %	Шкала	Тривога, %	Шкала
Bang J. та інші, [12]	85	20–52	9,0	BDI	18,0	BAI
Horner T. та інші, [13]	29	26–56	14,0	Інтерв'ю	17,2	Інтерв'ю
Bromberg J. та інші, [14]	22	19–60	27,3	Інтерв'ю, BSI	9,1	Інтерв'ю, BSI
Freitas I. та інші, [15]	110	12–26	11,8	ASR/YSR	6,4	ASR/YSR
Wang Q. та інші, [16]	119	12–20	9,0	HADS	27,0	HADS
Kovacs A. та інші, [6]	280	Середній, 32	33,0	BDI	26,0	STAI-T

Примітки: BDI – Beck depression inventory; BAI – Beck anxiety inventory; ASR/YSR – Adult self-report/Youth self-report; HADS – Hospital anxiety and depression scale; STAI-T – the state-trait anxiety inventory – trait version

Висновки

- Виявлено, що якість життя молодих чоловіків та жінок із прооперованими в дитинстві ВВС переважно знижена за рахунок значного обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного станів.
- За гендерними психоемоційними особливостями молодих дорослих пацієнтів із ВВС, які були прооперовані в дитинстві, відмічено, що, незважаючи на те, що у відсотковій частці 42 % чоловіків та 50 % жінок мали ознаки тривожного та/або депресивного розладів, ознаки депресивних розладів виявилися більше притаманними чоловікам.
- Проаналізувавши практичні переваги та можливі недоліки різних зарубіжних опитувальників, адаптованих російською мовою, для визначення якості життя виявлено, що методика MHFLQ є простою та легкою в індивідуальному аналізі, але вона не дозволяє диференціювати підрахунок складових психічного, фізичного та соціального функціонування для певної групи пацієнтів. Разом з тим методики MOS SF-36 та WHOQoL-bref дозволяють оцінити окремий вплив фізичного, психічного та соціального компонентів на якість життя, однак

різняються за отриманими даними між собою. Основною перевагою методики HADS є можливість виділення групи ризику пацієнтів із клінічним рівнем тривоги та депресії, а отже, мотивування їх до отримання заходів медико-психологічної допомоги.

References (список літератури)

- Sommerville J. *Management of adults with congenital heart disease: an increasing problem. Annu Rev Med.* 1997;48:283–93.
- Webb GD. *Care of adults with congenital heart disease – a challenge for the new millennium. Thorac Cardiovasc Surg.* 2001;49(1):30–4.
- Longmuir PE, Brothers JA, Ferranti SD, Hayman LL, Hare GF, Matherne P, Davis CK, et al. *Promotion of physical activity for children and adults with congenital heart disease: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation.* 2013;127(21):2147–59.
- Sable C, Foster E, Uzark K, Bjornsen K, Canobio MM, Connolly HM, Graham TP, et al. *Best practices in managing transition to adulthood for adolescents with congenital heart disease: the transition process and medical and psychosocial issues: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation.* 2011;123(13):1454–



- 85.
5. Callus E, Quadri E, Chessa M. Elements of psychocardiology in the psychosocial handling of adults with congenital heart disease. *Front Psychol.* 2010;1(34):1–6.
 6. Kovacs AH, Saidi AS, Kuhl EA, Sears SF, Silversides C, Harrison JL, Ong L, et al. Depression and anxiety in adult congenital heart disease: predictors and prevalence. *Int J Cardiol.* 2009;137(2):158–64.
 7. Voronkov LG, Parascheniuk LP. [Quality of life in patients with chronic heart failure: topical aspects]. *Sertseva Nedostatnist.* 2010;2:12–16.
 8. Novik AA, Ionova TI. *Rukovodstvo po issledovaniiu kachestva zhizni v meditsine.* [Guidelines on the study of quality of life in medicine]. 2nd edition. Moscow: OLMA Media Group Publ., 2007. 320p.
 9. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-bref. Retrieved from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/russian_whoqol.pdf?ua=1
 10. Akarachkova OS. [On the question of diagnosis and treatment of psycho-vegetative disorders in somatic practice]. *Lechashchiy Vrach.* 2010;10.
 11. Kasianova A, Revenko K, Babliak O. [Emotional disorders as a cause of poor quality of life in patients after cardiac surgery]. *Meditinskaya Psikhologiya.* 2013;8(20):66–68.
 12. Bang JS, Jo S, Kim GB, Kwon BS, Bae EJ, Noh CI, Choi JY. The mental health and quality of life of adult patients with congenital heart disease. *Int J Cardiol.* 2013;170(1):49–53.
 13. Horner T, Liberthson R, Jellinek MS. Psychosocial profile of adults with complex congenital heart disease. *Mayo Clin Proc.* 2000;75(1):31–6.
 14. Bromberg JI, Beasley PJ, D'Angelo EJ, Landzberg M, DeMaso DR. Depression and anxiety in adults with congenital heart disease: a pilot study. *Heart Lung.* 2003;32(2):105–10.
 15. Freitas IR, Castro M, Sarmiento SL, Moura C, Viana V, Areias JC, Areias ME. A cohort study on psychosocial adjustment and psychopathology in adolescents and young adults with congenital heart disease. *BMJ Open.* 2013;3(1):e001138.
 16. Wang Q, Hay M, Clarke D, Menahem S. The prevalence and predictors of anxiety and depression in adolescents with heart disease. *J Pediatr.* 2012;161(5):943–6.

(received 17.07.2014, published online 15.10.2014)

(отримано 17.07.2014, опубліковано 15.10.2014)