

Intervence v péči o pacienty se srdečním selháním zlepšující kvalitu života

(Interventions in Care of Patients with Heart Failure for Improvement of Quality of Life)

Katka Bobčíková, Radka Bužgová

Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta Ostravské univerzity, Ostrava-Vítkovice

INFORMACE O ČLÁNKU

Historie článku:

Vložen do systému: 26. 3. 2020

Přepřacován: 28. 4. 2020

Přijat: 6. 5. 2020

Dostupný online: 24. 11. 2020

Klíčová slova:

Hodnocení

Intervence

Kvalita života

Pacient

Péče

Srdeční selhání

SOUHRN

Cíl: Cílem tohoto přehledového článku je analyzovat studie, které se zabývají hodnocením kvality života u pacientů se srdečním selháním ve spojitosti s intervencemi v péči o pacienty, které by mohly kvalitu života těchto pacientů zlepšovat.

Metodika: Pro vyhledávání byly použity databáze Medline, Cinahl a PubMed. Byly vyhledávány studie z let 2014–2019 v českém a anglickém jazyce, které byly dostupné ve full-textu a zaměřovaly se na hodnocení kvality života prostřednictvím nástroje určeného pro hodnocení kvality života u pacientů se srdečním selháním. Do přehledu byly zařazeny studie, které se zabývaly hodnocením kvality života v kontextu s intervencemi v péči o pacienty se srdečním selháním. Z přehledu byly vyloučeny protokoly ke studiím a kvalitativní studie. Dále byly vyloučeny studie zabývající se problematikou hodnocení kvality života a intervencí v péči o pacienty i u jiných onemocnění, než bylo srdeční selhání.

Výsledky: Do přehledu bylo zařazeno celkem osm studií a jedna metaanalýza. Lze je tematicky rozdělit na studie věnující se využití moderních technologií v péči o pacienty, problematice fyzické aktivity, konkrétně výkonnosti a cvičebním programům, a problematice interdisciplinární péče. Nejvíce se v prezentovaných studiích pro hodnocení kvality života používaly nástroje Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) a Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ).

Závěr: Vzhledem k výsledkům předložených studií lze konstatovat, že intervence v oblasti cvičebních programů jsou pro pacienty se srdečním selháním prospěšné a efektivní, jelikož zlepšují kvalitu života této populace pacientů. Jako efektivní se rovněž jeví programy interdisciplinárního zaměření týkající se paliativní péče, psychospirituální intervence nebo podpůrné péče.

© 2020, ČKS.

ABSTRACT

Aim: The aim of the overview article is to analyze any studies focusing on the evaluation of the quality of life of patients with heart failure in connection with interventions in the care of these patients which could improve their quality of life.

Methods: The databases Medline, Cinahl, and PubMed were used for the research. Studies published between 2014 and 2019, in Czech and English language, available in full text were searched. They also had to focus on the evaluation of quality of life using a tool designed for the quality of life assessment in patients with heart failure. The overview includes studies which focused on the quality of life evaluation in the context of interventions in the care of patients with heart failure. Study proceedings and qualitative studies were excluded from the overview. Furthermore, there were also excluded studies focusing on the quality of life evaluation and interventions in the care of patients with different diseases than the heart failure.

Results: A total of 8 studies and a 1 meta-analysis were included in the overview. Based on the topic, it is possible to categorize them in studies focusing on the use of modern technology in the care of patients, the issue of physical activity – specifically performance and exercise programs – and the issue of interdisciplinary care. To evaluate the quality of life, the presented studies mostly used Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) and Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ).

Conclusion: Based on the results of the presented studies it is possible to state that the intervention in the area of exercise programs are beneficial and efficient for the patients with heart failure since they improve their quality of life. Also, the programs with interdisciplinary focus regarding palliative care, psychospiritual intervention, or supportive care seem efficient.

Keywords:

Care

Evaluation

Heart failure

Intervention

Patient

Quality of life

Adresa pro korespondenci: Mgr. Katka Bobčíková, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta Ostravské univerzity, Syllabova 19, 703 00 Ostrava-Vítkovice, e-mail: katkabobcikova@seznam.cz

DOI: 10.33678/cor.2020.038

Úvod

Kardiovaskulární onemocnění i nadále udržují dominantní pozici v příčinách invalidity i mortality a v příčinách hospitalizací i předčasného úmrtí obyvatelstva. Celosvětově představují 50–55 % z celkové úmrtnosti.¹ V Evropě na kardiovaskulární onemocnění umírá 42 % mužů a 52 % žen.²

Srdeční selhání je označení pro syndrom postižení srdce, při kterém dochází k poklesu minutového srdečního výdeje. Srdce tak není schopno pokrýt metabolické potřeby tkání. U pacientů se proto objevují symptomy, jako je klidová dušnost nebo dušnost při zátěži, únavnost a slabost.³ Srdeční selhání se běžně vyskytuje v ekonomicky vyspělých i rozvojových zemích. Uvádí se, že prevalence tohoto onemocnění se pohybuje přibližně od 1 do 2 % v populaci a představuje značné riziko úmrtí.⁴ Odhaduje se, že se v České republice vyskytuje přibližně 200 000 pacientů se srdečním selháním. Výskyt onemocnění stoupá s věkem, se kterým roste rovněž polymorbidita a polypragmázie srdečního selhání.⁵

Pacienti se srdečním selháním mají významně narušeny všechny aspekty kvality života. V porovnání s jinými chronickými chorobami srdeční selhání zhoršuje kvalitu života ve větší míře.⁶ To u pacientů se srdečním selháním souvisí se symptomatologickým zatížením příznaky, jako je dušnost, bolest, únava, nechutenství, úzkost či deprese.^{7,8} V terminálních fázích mají pacienti s chronickým srdečním selháním dokonce nižší kvalitu života než onkologičtí pacienti, a to vlivem výskytu více zatěžujících symptomů.⁹ Toto onemocnění je také běžně spojeno s častým výskytem rehospitalizací,^{10,11} což se nepochybně rovněž odráží ve kvalitě života těchto pacientů. Srdeční selhání tedy představuje nejen problém socioekonomický, ale také somatický a psychologický.⁹ Cílem jeho léčby je tedy zlepšení kvality života pacienta prostřednictvím zmenšení nebo úplného odstranění symptomů, zvýšení tolerance zátěže, prodloužení života a snížení mortality.¹²

Cíl a metodika

Cílem tohoto přehledu je analýza nejnovějších studií, které se zabývají hodnocením kvality života pacientů s dia-

gnózou srdečního selhání ve spojitosti s intervencemi v péči o pacienty se srdečním selháním, jež mohou zlepšovat jejich kvalitu života (QoL).

Pro vyhledávání byly použity elektronické databáze Medline, Cinahl a PubMed, ve kterých byly vyhledávány studie z let 2014–2019 psané v českém a anglickém jazyce, které byly dostupné volně ve formě full-textu. Byla použita tato klíčová slova: *quality of life, heart failure, assessment*. Vyhledávány byly studie, které hodnotily QoL u pacientů se srdečním selháním pomocí nástroje určeného pro hodnocení kvality života. Do tohoto přehledu byly zařazeny studie, které se zaměřovaly na hodnocení QoL ve spojitosti s intervencemi v péči o tyto pacienty, jež by mohly u pacientů se srdečním selháním vést ke zlepšení QoL. Studie, které se touto problematikou zabývaly kromě srdečního selhání i u jiných onemocnění byly vyřazeny. Dále byly vyřazeny protokoly ke studiím a kvalitativní studie.

Celkem bylo do hodnocení zařazeno osm studií a jedna metaanalýza.

Výsledky a diskuse

Vyhledané výzkumné studie lze tematicky rozdělit celkem do tří okruhů. Jedná se o okruh studií, které se zabývají využitím moderních technologií v péči o pacienty, o okruh věnující se problematice fyzické aktivity, konkrétně výkonnosti a cvičebním programům, a rovněž byla identifikována skupina studií, které se zabývaly problematikou interdisciplinární péče.

Moderní technologie v péči o pacienty

Využitím moderních technologií v péči o pacienty se srdečním selháním se zabývaly celkem dva výzkumy, které jako ukazatel zahrnovaly kvalitu života. Přehled těchto studií je uveden v tabulce 1. Průzkumná studie, která zahrnovala 50 účastníků, řešila zájem pacientů o mobilní aplikaci pro chytré telefony, jež by pacientům se srdečním selháním pomáhala v managementu sebepéče, což by mohlo pomoci snížit výskyt komplikací a také redukovat rehospitalizace, které jsou s touto diagnózou spojeny. Měřiče ak-

Tabulka 1 – Přehled zpracovaných studií v oblasti využití moderních technologií v kontextu s QoL

Autor a rok	Typ studie	Velikost vzorku	Problematika	Nástroj pro hodnocení QoL	Výsledky
Sohn, Speier, Lan, et al., 2019	Průzkum	50	Zájem o aplikaci pro smartphone při sebepéči pacientů se srdečním selháním	MLHFQ, SAQ-7, KCCQ-12	Průměrné skóre MLHFQ odpovídalo špatné QoL, zatímco průměrné skóre KCCQ-12 odpovídalo dobré QoL ($p < 0,001$). Skóre MLHFQ a věk korelovaly se zájmem účastníků o aplikaci – pacienti s horší kvalitou života měli větší zájem o aplikaci pro smartphone.
Gingele, Ramaekers, Brunner-La Rocca, et al., 2019	Randomizovaná kontrolovaná studie	382	Vliv přizpůsobeného telemonitorování na zlepšení HRQoL a funkčního stavu u pacientů	EQ-5D	Pacientovi na míru přizpůsobené telemonitorování stabilizovalo funkční stav pacientů se srdečním selháním, ale nezlepšilo HRQoL. Telemonitorování může pomoci zabránit zhoršení pohybové kapacity u pacientů se srdečním selháním.

EQ-5D – EuroQol-5D; HRQoL – kvalita života spojená se zdravím; KCCQ-12 – Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire-12 items version; MLHFQ – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire; QoL – kvalita života; SAQ-7 – Seattle Angina Questionnaire-7 items.

tivity a aplikace pro chytré telefony by totiž mohly potenciálně pomoci při podpoře sebepéče pomocí vzdáleného sledování a odesílání různých připomenutí. Průzkum řešil rovněž faktory, které ovlivňují zájem pacientů o takovou aplikaci. Průzkum zahrnoval celkem 15 sekcí. Sekce obsahovaly otázky týkající se sociodemografických informací, zájmu o konkrétní funkce aplikace pro chytré telefony, preferencí konkrétních oznámení, a zkušeností s používáním technologií. Zájem o konkrétní funkce byl respondenty hodnocen na pětibodové Likertově škále. Dále byly obsaženy otázky týkající se sledování příznaků, tipy a připomenutí. V části týkající se preferencí oznámení byly subjekty pověřeny, aby uvedly, jak často by chtěly dostávat upozornění a informace týkající se péče o sebe. Zkušenost participantů s technologiemi byla zkoumána prostřednictvím 12 otázek z dotazníku Health Information National Trends Survey. Zbývající části průzkumného dotazníku zahrnovaly otázky týkající se funkce, symptomů srdečního selhání a chování při sebepéči. Pro popsání těchto účelů byly zvoleny nástroje Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI), zkrácená verze dotazníku Seattle Angina Questionnaire (SAQ-7), zkrácená verze dotazníku Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ-12), Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) Global Health a PROMIS Physical Function short form. Dále byly pomocí různých dotazníků měřeny symptomy jako úzkost, únava, deprese, porucha spánku a sociální izolace. Průměrný věk ve výzkumném souboru byl 64,5 roku a většina respondentů byla dle funkční klasifikace New York Heart Association (NYHA) hodnocena ve třídě II nebo vyšší. Více než 60 % respondentů projevilo zájem o několik potenciálních funkcí aplikace smartphonu určené pro pacienty se srdečním selháním. Věk účastníků negativně koreloval se zájmem o sledování, tipy a připomenutí v multivariační regresní analýze ($p < 0,05$). Naproti tomu skóre MLHFQ, které odráželo špatnou kvalitu života, vyvolalo pozitivní korelaci s těmito zájmy ($p < 0,05$). Statisticky významné pozitivní korelace mezi skóre MLHFQ a zájmem o sledování, tipy a připomenutí ukazují, že pacienti se srdečním selháním s horší kvalitou života projevují větší zájem o aplikaci pro chytré telefony než ti, jejichž kvalita života je hodnocena lépe. Účelem použití MLHFQ i Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) bylo kvantifikovat kvalitu života pacientů s ohledem na jejich srdeční selhání. V tomto ohledu však byly zjištěny kontrastní výsledky se statistickou významností ($p < 0,001$). MLHFQ generoval průměrné skóre, které odpovídalo špatné kvalitě života spojené se zdravím, zatímco průměrné skóre KCCQ naznačovalo dobrou kvalitu života spojenou se zdravím (HRQOL). Autoři studie se domnívají, že tento rozpor může být způsoben skutečností, že KCCQ byl používán mnohem kratší dobu (dva týdny) v porovnání s MLHFQ, který byl používán čtyři týdny. Kromě toho se KCCQ primárně zabývá pouze dvěma příznaky srdečního selhání, a to dušností a únavou, v porovnání s MLHFQ, jenž je komplexnější.¹³

Randomizovaná kontrolovaná studie u 382 pacientů se srdečním selháním (NYHA II–IV) zkoumala vliv přizpůsobeného telemonitorování na zlepšení kvality života spojené se zdravím (HRQoL) a funkčního stavu těchto pacientů. Na začátku výzkumu a po 12 měsících byl funkční stav paci-

entů stanoven prostřednictvím skóre metabolického ekvivalentu (METs). HRQoL byla měřena pomocí dotazníku EuroQoL-5D (EQ-5D), vizuální analogové stupnice (VAS) a Borgova ratingu vnímané stupnice námahy (Borg). Telemonitorování statisticky významně souviselo se zvýšením METs po jednom roce (regresní koeficient 0,318; $p = 0,01$). Telemonitoring však po jednom roce nezlepšil Borgovo skóre, EQ-5D nebo VAS. Telemonitoring na míru stabilizoval funkční stav pacientů se srdečním selháním, ale nezlepšil HRQoL. Telemonitorování tedy dle této studie může pomoci zabránit zhoršení pohybové kapacity u této skupiny pacientů.¹⁴

Podle odborného stanoviska expertů Asociace srdečního selhání Evropské kardiologické společnosti a jejich shrnutí nových poznatků v léčbě i péči o pacienty se srdečním selháním z roku 2019 může být telemedicina u těchto pacientů zvažena především s cílem snížit riziko rehospitalizací a úmrtí z kardiovaskulárních příčin. Dle dostupných vědeckých poznatků studie TIM-HF2 bylo prokázáno snížení rizika neplánované rehospitalizace a úmrtí díky dálkové monitoraci, která zahrnovala domácí měření hmotnosti, EKG, krevního tlaku a hodnocení zdravotního stavu ve strukturovaném systému s nepřetržitou podporou a dostupností lékaře a s úpravou léčby podle získaných údajů.¹⁵

Fyzická aktivita a cvičební programy

Celkem tři studie zahrnuté do tohoto přehledu se věnovaly problematice fyzické aktivity, a to konkrétně výkonnosti a cvičebním programům. Tyto studie rovněž zahrnovaly komponentu kvality života jako ukazatel efektivity pohybové intervence. Jejich přehled je uveden v tabulce 2. Prospektivní studie o velikosti vzorku 118 pacientů se srdečním selháním řešila vztah mezi kvalitou života (QoL) a výkonností. Pro hodnocení QoL byl použit nástroj MLHFQ. Pacienti podstoupili také klinické, biochemické a echokardiografické vyšetření a rovněž šestiminutový test chůze (6MWT). Průměrné skóre MLHFQ dosahovalo 48 (± 17). Celkové skóre a fyzická a emoční dimenze se nelišily mezi pacienty se srdečním selháním se zachovanou ejekční frakcí (EF) a se sníženou EF. Nezávislými prediktory vzdálenosti bylo zvýšené celkové skóre MLHFQ ($p = 0,005$), starší věk ($p = 0,035$) a diabetes ($p = 0,045$). Ve skupině pacientů se zachovanou EF to bylo celkové skóre MLHFQ ($p = 0,007$) a diabetes ($p = 0,045$). Ve skupině pacientů se sníženou EF se jednalo o zvětšení levé síně ($p = 0,005$) a věk ($p = 0,013$). QoL nejlépe korelovala se cvičební kapacitou, a to zejména u pacientů se srdečním selháním se zachovanou ejekční frakcí. Navzdory horší ejekční frakci u pacientů se srdečním selháním se sníženou EF, příznaky zvýšeného tlaku v levé síni nezávisle určují cvičební kapacitu u těchto pacientů.¹⁶

Další prospektivní randomizovaná kontrolovaná studie u 343 pacientů starších 70 let s chronickým srdečním selháním hodnotila účinek protokolu cvičebního tréninku na funkční kapacitu, rehospitalizace a QoL. Protokol cvičebního tréninku zahrnoval trénink pod odborným vedením v nemocnici po dobu tří měsíců, po kterém následovaly domácí telemonitorované tréninky po dobu tří měsíců. Hodnoceny byly parametry, jako je elektrokardiografie (EKG), echokardiografie, N-terminální fragment natriuretického propeptidu typu B (NT-proBNP), šestiminutový

Tabulka 2 – Přehled zpracovaných studií v oblasti fyzické aktivity a cvičebních programů v kontextu s QoL

Autor a rok	Typ studie	Velikost vzorku	Problematika	Nástroj pro hodnocení QoL	Výsledky
Ahmeti, Henein, Ibrahim, et al., 2017	Prospektivní studie	118	Vztah mezi QoL a výkonností	MLHFQ	QoL nejlépe korelovala se cvičební kapacitou, a to zejména u pacientů se srdečním selháním se zachovanou ejekční frakcí. U pacientů se srdečním selháním se sníženou EF příznaky zvýšeného tlaku v levé síni nezávisle určují cvičební kapacitu.
Antonicelli, Spazzafumo, Scalvini, et al., 2016	Randomizovaná kontrolovaná studie	343	Cvičební trénink	MLHFQ	Cvičení v nemocnicích i domácí telemonitorované cvičení poskytují významné výhody nejstarším pacientům s chronickým srdečním selháním, zlepšují funkční kapacitu a subjektivní QoL a snižují riziko rehospitalizace.
Taylor, Walker, Ciani, et al., 2019	Metaanalýza	3 990 (19 randomizovaných kontrolovaných studií)	Kardiorehabilitace založená na cvičení	MLHFQ, KCCQ, CHFQ	Ve srovnání s kontrolní skupinou bez cvičení, účast v programech kardiorehabilitace založených na cvičení zlepšila HRQoL u pacientů s chronickým srdečním selháním, ale neměla žádný vliv na jejich úmrtnost nebo hospitalizaci.

EF – ejekční frakce; HRQoL – kvalita života spojená se zdravím; CHFQ – Chronic Heart Failure Questionnaire; MLHFQ – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire; KCCQ – Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire; QoL – kvalita života.

test chůze (6MWT). Kvalita života byla hodnocena pomocí MLHFQ a také bylo provedeno komplexní geriatrické hodnocení pomocí nástroje InterRAI Home Care Assessment System (InterRAI-HC). Ve srovnání s pacienty s běžnou péčí vykazovali pacienti se cvičebním tréninkem po šesti měsících významně prodlouženou vzdálenost chůze dle 6MWT (450 ± 83 vs. 290 ± 97 m, $p = 0,001$); zvýšené skóre aktivit denního života ADL ($5,00 \pm 2,49$ oproti $6,94 \pm 5,66$, $p = 0,037$); 40% snížení rizika rehospitalizace (poměr rizika = 0,558, 95% interval spolehlivosti [CI] 0,326–0,954, $p = 0,033$) a výrazné zlepšení vnímané QoL ($28,6 \pm 12,3$ vs. $44,5 \pm 12,3$, $p = 0,001$). Studie tedy došla k závěru, že cvičení v nemocnicích i domácí telemonitorované cvičení poskytuje významné výhody nejstarším pacientům s chronickým srdečním selháním, zlepšuje funkční kapacitu a subjektivní QoL a snižuje riziko rehospitalizace.¹⁷

Tato zjištění potvrdila také metaanalýza 19 randomizovaných kontrolovaných studií, která zkoumala na cvičení založenou kardiorehabilitaci u pacientů s chronickým srdečním selháním a mimo jiné i její vliv na HRQoL. Autoři došli k závěru, že účast v programech kardiorehabilitace založených na cvičení zlepšila HRQoL u těchto pacientů, ale nezdá se, že by měla vliv na jejich úmrtnost nebo hospitalizace. Všechny studie zahrnuté v této metaanalýze hodnotily aerobní cvičební zásahy, čtyři také zahrnovaly trénink odporu. Dávka cvičení se pohybovala v rámci studií s průměrnou dobou trvání v rozmezí 15–60 minut, v rozsahu dva- až sedmkrát týdně po dobu 4–120 týdnů. Ve většině studií byl cvičební program realizován v příslušném zařízení. Čtyři studie zahrnuté v metaanalýze však probíhaly pouze v domácím prostředí. Kvalita života byla v rámci této metaanalýzy hodnocena pomocí MLHFQ, KCCQ a pomocí nástroje Chronic Heart Failure Questionnaire scale – CHFQ.¹⁸

Kardiiovaskulární rehabilitace je i podle českých autorů nedílnou součástí nefarmakologické léčby kardiologických pacientů, jejímž cílem je udržení optimálního fyzického, psychického, sociálního, pracovního i emoč-

ního stavu těchto pacientů. Jedná se tedy o komplexní intervenci, která zahrnuje i změnu životního stylu. V případě pacientů se stabilizovanou formou chronického srdečního selhání ve stadiu NYHA II a III vede k pozitivním změnám.¹⁹ Jedná se o zlepšení celkového stavu, zvýšení tolerance zátěže, zlepšení funkční třídy NYHA, zvýšení maximální spotřeby kyslíku.² Zařazení pacientů do kardiorehabilitačního programu zahrnujícího fyzický trénink je podle odborného stanoviska expertů Asociace srdečního selhání Evropské kardiologické společnosti a jejich shrnutí nových poznatků v léčbě i péči o pacienty se srdečním selháním z roku 2019 doporučeno především u pacientů se sníženou ejekční frakcí, u kterých vede ke snížení rizika rehospitalizace pro srdeční selhání.¹⁵

Interdisciplinární péče

Do skupiny studií, které se věnovaly problematice interdisciplinární péče o pacienty se srdečním selháním lze zařadit dvě studie, které se zabývaly problematikou paliativní péče, jednu studii, která stojí na hranici problematiky paliativní péče, a jednu studii zaměřenou na vývoj a integraci psychospirituální intervence do péče o pacienty s diagnózou srdečního selhání. Jejich přehled je uveden v tabulce 3.

Randomizovaná kontrolovaná studie zkoumala, zda interdisciplinární intervence paliativní péče kromě obvyklé péče o pacienty se srdečním selháním zlepšuje určité výsledky. Primárními cílovými ukazateli byla QoL měřená dle KCCQ a Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Palliative Care scale (FACIT-Pal). Sekundární cílové ukazatele zahrnovaly hodnocení deprese a úzkosti měřené dle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a duchovní pohodu měřenou pomocí stupnice FACIT-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp), hospitalizaci a úmrtnost. Interdisciplinární intervence paliativní péče spočívala v posouzení a řízení různých oblastí kvality života u pacientů s pokročilým srdečním selháním, včetně fyzických symptomů, psychosociálních a duchovních problémů a plánování včasné

péče. Sestra specializovaná v paliativní péči koordinovala tyto aspekty péče o pacienta ve spolupráci s lékařem specializovaným v paliativní medicíně. Intervence byla provedena ve spolupráci s týmem klinické kardiologie a byla zaměřena na stanovení cílů společně s pacientem, aby došlo ke zlepšení symptomů srdečního selhání v kombinaci s cíli paliativní péče. Po propuštění z nemocnice pokračovala interdisciplinární intervence v ambulantním prostředí. Pacienti, kterým byla poskytována interdisciplinární paliativní péče, měli klinicky významné zlepšení skóre dle KCCQ i FACIT-Pal v porovnání s pacienty s běžnou péčí (rozdíl KCCQ = 9,49 bodu, 95% CI 0,94–18,05, $p = 0,030$; FACIT-Pal rozdíl = 11,77 bodu, 95% CI 0,84–22,71, $p = 0,035$). Došlo u nich také ke zlepšení deprese (HADS rozdíl = –1,94 bodu; $p = 0,020$) oproti pacientům s běžnou péčí a obdobné byly také výsledky pro úzkost (HADS rozdíl = –1,83 bodu; $p = 0,048$). Duchovní pohoda byla rovněž zlepšena u pacientů s interdisciplinární intervencí paliativní péče (rozdíl FACIT-Sp = 3,98 bodu; $p = 0,027$). Randomizace však neovlivnila rehospitalizace a ani úmrtnost. Interdisciplinární intervence paliativní péče u pacientů s pokročilým srdečním selháním tedy vykazovala ve srovnání s obvyklou péčí trvale větší přínos v kvalitě života, úzkosti, depresi i duchovní pohodě.²⁰

Další studie se věnovala problematice kvality života v kontextu potřeb paliativní péče. Tato deskriptivní studie u 112 seniorů s pokročilým srdečním selháním pracovala s nástroji Staircase Activities of Daily Living (ADL) a Palliative Performance Scale (PPS), které byly použity k posouzení úrovně napětí, jež respondenti zažívali při provádění osobních a instrumentálních činností, a k měření celkového funkčního stavu. K měření závažnosti devíti symptomů byla použita stupnice Edmonton Sym-

ptom Assessment Scale (ESAS) a k měření kvality života nástroj McGill Quality of Life Questionnaire (MQoL). Nejčastěji se u pacientů objevovaly tyto symptomy: únava, ospalost a dušnost. Průměrné celkové skóre QoL bylo $4,72 \pm 2,06$ z 10. Průměrné skóre fyzické dimenze kvality života dle MQoL bylo nejnižší ($4,20 \pm 1,767$), zatímco průměrné skóre psychologické subškály bylo nejvyšší ($7,14 \pm 2,39$). V modelu vícerozměrné analýzy však byla kvalita života významně spojena s existenciální pohodou, fyzickou pohodou, psychickou pohodou a úrovní vzdělání. Tato zjištění ukazují, že spirituální otázky jsou kromě léčby symptomů významnou potřebou paliativní péče u starších pacientů s pokročilým srdečním selháním. Autoři na základě svých zjištění zdůrazňují význam holistické péče při řešení různých potřeb paliativní péče.²¹

Na hranici problematiky paliativní péče stojí výzkum realizovaný u 456 pacientů se srdečním selháním, který se zaměřoval na problematiku podpůrné péče u této populace. Jako screeningový nástroj pro identifikaci potřeby podpůrné péče byl použit KCCQ-12 s hraniční hodnotou skóre < 29. U 9 % respondentů byla predikována potřeba podpůrné péče. Tito pacienti byly také symptomatictější na základě klasifikace NYHA a rovněž se u nich více vyskytovala deprese. Následně byl zřízen multidisciplinární program podpůrné péče, pro který bylo vybráno 23 vhodných kandidátů. Do programu bylo nakonec zařazeno 20 pacientů, u kterých byl dále sledován jejich profil a výsledky. Pacienti s potřebami podpůrné péče (skóre KCCQ-12 < 29) byli více zatíženi příznaky srdečního selhání. Dotazník KCCQ-12 je podle tohoto výzkumu užitečným nástrojem pro identifikaci pacientů s potřebou podpůrné péče, stejně jako je nezbytné sériové klinické hodnocení, zřízení kliniky pod-

Tabulka 3 – Přehled zpracovaných studií v oblasti interdisciplinární péče v kontextu s QoL

Autor a rok	Typ studie	Velikost vzorku	Problematika	Nástroj pro hodnocení QoL	Výsledky
Rogers, Patel, Mentz, et al., 2017	Randomizovaná kontrolovaná studie	150	Interdisciplinární intervence, paliativní péče	KCCQ, FACIT-Pal	Interdisciplinární intervence paliativní péče u pacientů s pokročilým srdečním selháním vykazovala ve srovnání s obvyklou péčí trvale větší přínos v kvalitě života, úzkosti, depresi i duchovní pohodě.
Chan, Yu, Leung, et al., 2016	Deskriptivní studie	112	Kvalita života a potřeby paliativní péče	MQoL	Spirituální otázky jsou kromě léčby symptomů významnou potřebou paliativní péče u starších pacientů s pokročilým srdečním selháním. Kvalita života byla významně spojena s existenciální pohodou, fyzickou pohodou, psychickou pohodou a úrovní vzdělání.
Nguyen, Wang, Nikhanj, et al., 2019	–	456	Podpůrná péče	KCCQ-12	U 9 % respondentů byla predikována potřeba podpůrné péče. Tito pacienti byly také symptomatictější na základě NYHA a rovněž se u nich více vyskytovala deprese. Klinické výsledky u těchto pacientů týkající se služeb podpůrné péče ukázaly pozitivní výsledky.
Hooker, Ross, Masters, et al., 2017	Kombinovaný výzkum	33	Psychospirituální intervence	KCCQ	Výsledky naznačují, že program založený na modulech integrující spiritualitu a psychosociální copingové strategie byl proveditelný a přijatelný a může zlepšit QoL.

FACIT-Pal – The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative care; KCCQ – Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire; KCCQ-12 – Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire-12 items version; MQoL – McGill Quality of Life Questionnaire; NYHA – New York Heart Association; QoL – kvalita života.

půrné péče a rychlé doporučení pacientů příslušným institucím. Klinické výsledky u 23 pacientů týkající se služeb podpůrné péče ukázaly pozitivní výsledky. Služby domácí péče poskytují pacientům každodenní pomoc a podporu, což snižuje zátěž jak pro ně, tak pro jejich pečovatele. Diskuse kolem cílů péče poskytují pacientům příležitost sladit jejich péči s tím, co považují za důležité. Pokud jde o místo úmrtí, většina pacientů zemřela doma nebo na oddělení paliativní péče v nemocnici. To je příznivý posun, protože pacienti jsou obvykle obklopeni členy rodiny nebo poskytovateli hospicové péče v těchto zařízeních.²²

Poslední studii, jež je součástí tohoto přehledu, je pilotní studie kombinovaného uspořádání zahrnující 33 pacientů se srdečním selháním, která se zaměřovala na zhodnocení proveditelnosti, přijatelnosti a předběžných důkazů o psychospirituální intervenci za účelem zlepšení QoL této populace pacientů. Byla vyvinuta a testována dvanáctitýdenní intervence zaměřená na spiritualitu, stres, coping, zvládání a přizpůsobení se nemoci. Ve studii byly použity tyto měřicí nástroje: KCCQ pro QoL, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) pro stanovení depresivních symptomů, Meaning in Life Questionnaire (MLQ) pro měření významu v životě a FACIT-Sp pro stanovení spirituální pohody. Rovněž byly provedeny polostrukturované rozhovory s participanty, kteří tento program absolvovali. Výsledky naznačují, že program založený na modulech integrující spiritualitu a psychosociální copingové strategie byl proveditelný a přijatelný a může zlepšit QoL pacientů se srdečním selháním.²³

Jednou z hlavních příčin snížení kvality života u pacientů se srdečním selháním je psychologická zátěž při vlastním vnímání zhoršení zdravotního stavu. Četné studie prokázaly výskyt depresivního syndromu u pacientů s chronickým srdečním selháním (prevalence je více než 20 %), jehož výskyt narůstá s funkční třídou v rámci klasifikace NYHA. Lepší kvalita života pacientů se srdečním selháním je spojena nejen s menším výskytem deprese, ale i s duchovní spokojeností a akceptací životní situace. Z tohoto důvodu je důležité věnovat pozornost duchovním potřebám pacienta bez ohledu na jeho náboženské vyznání a v případě potřeby je důležité v rámci multidisciplinárního týmu zajistit uspokojení duchovních potřeb pacienta.² Míra spirituální pohody pacienta totiž pomáhá predikovat mortalitu. Především s pokročilým stavem totiž bývají spojeny pocity beznaděje, ztráty sebedůvěry a sebevědomí, závislost či izolace. Psychospirituální potřeby vystupují výrazně do popředí v rámci paliativní péče, která ale řeší také symptomy onemocnění. Je však obecně a univerzálně zaměřena na zlepšení kvality života. Dostupnost paliativní péče pro pacienty se srdečním selháním však čelí řadě bariér. V první řadě se pravděpodobně jedná o mylnou představu, že paliativní péče je relevantní až v posledních dnech nebo týdnech života. Opak je však pravdou. Paliativní péče by měla být zahájena časné v rámci vývoje chronického srdečního selhání a s progresí onemocnění by měla nabývat na významu. Z toho důvodu se jako vhodný zdá model stanovení potřeb a symptomů v rámci integrace paliativní péče do kardiologické léčby, a ne pouze rozeznání závěru života. Individuálně definovat cíle a preference pro budoucí léčbu a péči umožňuje např. předběžné plánování péče, které je u kardiologických pacientů poměrně málo využíváno.²⁴

Vývoj srdečního selhání jako onemocnění s sebou přináší řadu nekardiálních symptomů, které mají na kvalitu života pacientů významný vliv. Jedná se většinou o bolest, dyspepsii, úzkost, sociální problémy a také konfrontaci s blížící se smrtí. Proto je důležité tyto symptomy cíleně vyhledávat, řešit je, a v ideálním případě se jim snažit předcházet. Pacienti se srdečním selháním v terminálním stavu vykazují dokonce vyšší skóre deprese a nižší funkční kapacitu než pacienti s pokročilou onkologickou malignitou. Komplexní multidisciplinární péče může pomoci pacientovi i jeho rodině většinu těchto problémů uchopit a vyřešit, což může vést ke zkvalitnění života pacienta.²⁵

Integraci pacientů se srdečním selháním do multidisciplinárních programů doporučují už guidelines Evropské kardiologické společnosti z roku 2016. Tyto programy totiž pomáhají zlepšovat klinické výsledky pacientů.¹⁵ Management srdečního selhání – „disease management program“ zahrnuje komponenty, jako je edukace, telefonické konzultace, telemedicinské aplikace, titrace farmakoterapie, psychologická podpora, spolupráce při změně životního stylu a řízená rehabilitace. Takovýto komplexní program péče může vést až k 50% redukci rehospitalizací. Tyto programy jsou standardem péče o pacienty se srdečním selháním v Kanadě, USA či skandinávských zemích. V oblasti střední Evropy však příliš rozšířeny nejsou. Zatím zde fungují pouze ambulance pro srdeční selhání se zastoupením specializovaných sester a specializované sesterské a patientské organizace.⁹

Závěr

Do této přehledové studie byly zařazeny dvě studie věnující se využití moderních technologií v péči o pacienty, tři studie věnující se problematice fyzické aktivity a cvičebním programům a čtyři studie, které zkoumaly problematiku interdisciplinární péče. Nejvíce se v prezentovaných studiích pro hodnocení kvality života používaly nástroje KCCQ a MLHFQ. V souladu se závěry předložených výzkumných šetření lze konstatovat, že intervence v oblasti cvičebních programů jsou efektivní a prospěšné, jelikož zlepšují kvalitu života této populace pacientů. Z hlediska zvýšení QoL se rovněž jeví jako efektivní i programy interdisciplinárního zaměření v oblasti paliativní péče či v oblasti psychospirituální intervence nebo podpůrné péče. Některé studie zaměřené na výzkum moderních technologií v péči o pacienty naznačily zvýšený zájem pacientů s horší QoL o tyto technologie. Srdeční selhání významně narušuje všechny aspekty kvality života. Dle našeho názoru je pro budoucí výzkum v této oblasti klíčové detekovat problémové oblasti, které potenciálně i reálně kvalitu života pacientů se srdečním selháním zhoršují, a zaměřit se na výzkum metod, jež mohou kvalitu života těchto pacientů zlepšovat.

Prohlášení autorů o možném střetu zájmů

Autoři si nejsou vědomi žádného konfliktu zájmů.

Financování

Podpořeno Studentskou grantovou soutěží vyhlášenou Lékařskou fakultou Ostravské univerzity, SGS01/LF/2020-2021.

Prohlášení autorů o etických aspektech publikace

Autoři prohlašují, že výzkum byl veden podle etických standardů.

Literatura

- Špinar J, Vítovec J, et al. Ischemická choroba srdeční. Praha: Grada, 2003:364.
- Gřiva M, Loučka M, Šťastný J. Palliative care in cardiology, *Cor Vasa* 2015;1:e39–e44.
- Špinar J, Vítovec J, Špinarová L. Srdeční selhání. In: Tábořský M, Kautzner J, Linhart A. et al. Kardiologie. Praha: Mladá fronta a.s., 2017:723–749.
- Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Fail* 2014;1:4–25.
- Špinar J, Špinarová L, Vítovec J, et al. Srdeční selhání. In: Tábořský M, et al. 90 let české kardiologie. Praha: Mladá fronta a.s., 2019:224–231.
- Hobbs FD, Kenkre JE, Roalfe AK, et al. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: a cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population. *Eur Heart J* 2002;23:1867–1876.
- Ezekowitz JA, O'Meara E, McDonald MA, et al. 2017 Comprehensive Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Heart Failure. *Can J Cardiol* 2017;33:1342–1433.
- Whellan DJ, Goodlin SJ, Dickinson MG, et al. End-of-life care in patients with heart failure. *J Card Fail* 2014;20:121–134.
- Lazárová M. Systém péče o pacienty s chronickým srdečním selháním. In: Tábořský M, et al. Novinky v kardiologii 2019. Praha: Mladá fronta a.s., 2019:294–307.
- Cleland JG, Swedberg K, Follath F, et al. The EuroHeart Failure survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J* 2003;24:442–463.
- Gheorghiade M, Vaduganathan M, Fonarow GC, et al. Rehospitalization for heart failure: problems and perspectives. *J Am Coll Cardiol* 2013;61:391–403.
- Špinar J, Vítovec J. Léčba chronického srdečního selhání v ambulantní praxi. In: Tábořský M, et al. Kardiologie pro interní praxi. Praha: Mladá fronta a.s., 2014:134–151.
- Sohn A, Speier W, Lan E, et al. Assessment of Heart Failure Patients' Interest in Mobile HealthApps for Self-Care: Survey Study. *JMIR Cardio* 2019;3:e14332.
- Gingele AJ, Ramaekers B, Brunner-La Rocca HP, et al. Effects of tailored telemonitoring on functional status and health-related quality of life in patients with heart failure. *Neth Heart J* 2019;27:565–574.
- Špinar J, Špinarová L, Málek F, et al. Shrnutí nových poznatků v léčbě srdečního selhání: farmakologická, nefarmakologická léčba a péče o nemocné. Zpráva ze setkání expertů Asociace srdečního selhání Evropské kardiologické společnosti – 2019. *Cor Vasa* 2019;61:e617–e622.
- Ahmeti A, Henein MY, Ibrahim P, et al. Quality of life questionnaire predicts poor exercise capacity only in HFpEF and not in HFrEF. *BMC Cardiovasc Disord* 2017;17:268.
- Antonicelli R, Spazzafumo L, Scalvini S, et al. Exercise: a “new drug” for elderly patients with chronic heart failure. *Aging (Albany NY)* 2016;8:860–872.
- Taylor RS, Walker S, Ciani O, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for chronic heart failure: the EXTRAMATCH II individual participant data meta-analysis. *Health Technol Assess* 2019;23:1–98.
- Skalická H, Karel I. Význam rehabilitace pro pacienty s kardiovaskulárním onemocněním. In: Tábořský M, et al. Kardiologie pro interní praxi. Praha: Mladá fronta a.s., 2014:257–279.
- Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, et al. The Palliative Care in Heart Failure: The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial. *J Am Coll Cardiol* 2017;70:331–341.
- Chan HYL, Yu DSF, Leung DYP, et al. Quality of life and palliative care needs of elderly patients with advanced heart failure. *J Geriatr Cardiol* 2016;13:420–424.
- Nguyen Q, Wang K, Nikhanj A, et al. Screening and Initiating Supportive Care in Patients With Heart Failure. *Front Cardiovasc Med* 2019;6:151:1–8.
- Hooker SA, Ross K, Masters KS, et al. Denver Spirited Heart: Mixed Methods Pilot Study of a Psychospiritual Intervention for Heart Failure Patients. *J Cardiovasc Nurs* 2017;32:226–235.
- Gřiva M, Kabelka L, Vítovec J. Paliativní péče u pacientů žijících se srdečním selháním. Souhrn dokumentu. *Cor Vasa* 2020;62:64–69.
- Šťastný J. Pokročilá fáze kardiovaskulárních onemocnění. In: Gřiva M, et al. Paliativní péče v kardiologii. Racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění. Praha: Triton, 2018:36–43.