

Kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním

Jana Haluzíková^a, Martina Hrubá^b

^a Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, Opava, Česká republika

^b Kardiologické centrum, Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava, Česká republika

SOUHRN

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit kvalitu života u nemocných s chronickým srdečním selháním. Zjistit, zda je vyšší kvalita života respondentů s resynchronizační léčbou proti respondentům bez resynchronizační terapie.

Metody: K dosažení stanovených cílů byl použit mezinárodně používaný standardizovaný dotazník pro měření kvality života WHOQOL-BREF, který je složen z 26 otázek, doplněný o sociodemografické údaje. Byli osloveni respondenti ve věku 46–85 let s diagnózou chronické srdeční selhání, NYHA II–IV. Data pro zjištění kvality života byla zpracována dle Příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života WHO. Byla užitá základní popisná statistika. Pro srovnání základních charakteristik skupin byl použit t-test pro dva výběry a χ^2 test. Srovnání kvality života mezi zvolenými skupinami bylo provedeno pomocí neparametrického Wilcoxonova testu a t-testu pro dva výběry, statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %.

Výsledky: Porovnávaly jsme výsledky mezi skupinou respondentů, kteří podstoupili resynchronizační léčbu, s pacienty, kteří ji nepodstoupili. Výsledky ukazují, že nedošlo ke snížení kvality života a v žádné oblasti nejsou patrné žádné statisticky významné odchylky.

Závěr: Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že respondenti, kteří podstoupili resynchronizační léčbu, neudávají lepší kvalitu života.

Klíčová slova:

Chronické srdeční selhání

Kvalita života

Srdeční resynchronizační léčba

Úvod

V posledních letech dochází k významným pokrokům v léčbě srdečního selhání. Moderní léčebné postupy zmírňují potíže klientů, a tím zlepšují kvalitu života. Vlivem nejnovějších léčebných postupů dochází k výraznému ovlivnění prognózy onemocnění a prodloužení života nemocných s chronickým srdečním selháním. I přes neustále zlepšující se pokroky v léčbě a léčebných postupů je ošetrovatelská péče o tyto klienty nesmírně náročná. Pokročilejší onemocnění je spojeno s nutností opakovaných hospitalizací a představuje i významnou ekonomickou zátěž zdravotního systému.

Chronické srdeční selhání

Onemocnění má špatnou prognózu, diagnostika i léčba jsou náročné, a to nejen medicínsky, ale i ekonomicky. Přístup k nemocnému se srdeční insuficiencí se během posledního desetiletí výrazně změnil. Současná terapie je zaměřena nejen na ovlivnění symptomů, ale především na ovlivnění výskytu a progresu srdečního selhání a na snížení úmrtnosti. Většina léčebných postupů je dnes podložena výsledky velkých randomizovaných studií, které dokládají, že daný léčebný postup je pro nemocného prospěšný, a to buď prodloužením života, a/nebo zlepšením jeho kvality [1].

Srdeční resynchronizační léčba

Srdeční resynchronizační léčba (SRL) patří dnes mezi standardní postupy nefarmakologické léčby pokročilého sr-

dečního selhání. Průzkum klinického účinku SRL poskytuje řada randomizovaných studií. Resynchronizační léčba tedy značí implantaci biventrikulárního kardiostimulátoru.

Část klientů s chronickým srdečním selháním má pomalou elektrickou aktivaci komorové svaloviny, což lze detekovat z EKG křivky. Pokud zpomalení přesáhne určitou hranici, hovoříme o poruše synchronie elektrické aktivity či o dyssynchronii. Tím jsou zhoršovány projevy srdeční nedostatečnosti. Dyssynchronie se dá značně zmírnit implantací biventrikulárního kardiostimulátoru. Jednou z nejčastějších indikací k implantaci je pokročilé srdeční selhání (NYHA II–IV) a těžká systolická dysfunkce levé komory. Při implantaci se jedna elektroda umísť do pravé komory a druhá elektroda žilním systémem srdečním na povrch levé komory. Tento druh léčby umožňuje synchronizaci obou komor, a tím dochází ke zlepšení kontraktility srdce a zvýšení srdečního výdeje. V rámci zlepšení dyssynchronie dochází ke zlepšení tolerance zátěže a snížení mortality [1].

Kvalita života

Pojem kvality života má dvě zásadní dimenze. Subjektivní vnímání kvality života zahrnuje především lidskou emocionalitu a všeobecnou spokojenost člověka se svým životem. Oproti tomu objektivní kvalita života zrcadlí spokojenost člověka se svými nároky na materiální a sociální zabezpečení, fyzické zdraví a sociální status [2].

Payne popisuje tři různá pojetí, jak lze pohlížet na kvalitu života a zároveň ji zkoumat. Prvním pohledem je psychologické pojetí kvality života. Zde uvádí dvě podoby konceptualizace toho, co se pod pojmem kvalita života skrývá. Především tedy spokojenost se životem – kdy zjiš-



tujeme životní spokojenost, hledáme odpovědi na otázky, co lidi činí spokojenými, jaké faktory přispívají ke spokojenosti jedince, a v neposlední řadě, jak je spokojenost jedinců ovlivňována společenskými institucemi. Druhou podobou psychologického pojetí je prožívání subjektivní pohody – zde je důraz kladen paušálně na kvalitu života jako takovou. Má dvě dimenze, a to emocionální a kognitivní. Dalším pojetím je sociologické, kdy je zdůrazňován status sociální úspěšnosti, životní úroveň, majetek, vzdělání, rodinný stav, vybavení domácnosti. Zde je zkoumána jejich spojitost s kvalitou života. Třetím pojetím je pojetí kvality života v medicíně. Tento zorný úhel v oblasti kvality života je zdůrazňován zejména v poslední době. Lékaři a celkově klinická medicína se musejí zabývat touto problematikou a zabývat se mimo jiné kvalitou života svých klientů. Zkoumání je v medicíně zaměřeno na oblast fyzického a psychosomatického zdraví [3].

Cíle práce

Prozkoumat, jaká je v současnosti kvalita života u vybrané skupiny respondentů.

Zjistit, která ze čtyř domén je nejvíce u klientů s chronickým srdečním selháním ovlivněna. Zjistit, zda klienti dodržují základní režimová opatření (pravidelné užívání léků, dietní opatření, zákaz kouření). Zjistit, zda je kvalita života klientů s resynchronizační léčbou vyšší než u klientů bez resynchronizační léčby.

Metodika

Pro dosažení stanovených cílů jsme zvolily mezinárodně používaný standardizovaný dotazník pro měření kvality s názvem WHOQOL-BREF, který je složen z 26 otázek a je doplněn o sociodemografické údaje.

Před zahájením průzkumného šetření bylo třeba získat písemný souhlas PhDr. Evy Dragomerické. Byla odeslána písemná žádost, na kterou bylo kladně odpovězeno a zároveň byl k dopisu přiložen originál dotazníku WHOQOL-BREF [4].

Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF je sestaven z 26 otázek. Podrobný manuál k využití tohoto dotazníku je uveden v Příručce pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace. Dvě první otázky jsou samostatným okruhem a týkají se kvality života a celkového zdraví respondentů. Zbýlých 24 otázek je rozděleno do čtyř domén. První doména je fyzické zdraví, druhá doména je prožívání, třetí doménu tvoří sociální vztahy a čtvrtou doménu prostředí.

Výzkumný soubor respondentů tvořili muži a ženy. Věk respondentů byl 46 až 85 let. Základní diagnózu rozhodující pro zařazení klienta do průzkumného šetření bylo chronické srdeční selhání (pravostranné i levostranné srdeční selhání) s NYHA II–IV. Diagnostikované srdeční selhání bylo delší než jeden rok. U respondentů s resynchronizační léčbou byl podmínkou časový odstup od implantace minimálně šest měsíců. Respondenti byli hospitalizováni na Kardiologickém oddělení Fakultní nemocnice Ostrava.

Celkem bylo rozdáno 78 (100 %) dotazníků. Zpět se vrátilo 68 (87 %) dotazníků. Třináct (16,6 %) dotazníků

z celkového počtu vrácených dotazníků bylo respondenty špatně vyplněno, proto nemohly být zařazeny do našeho průzkumného šetření. Některé odpovědi byly ve většině případů vynechány nebo bylo zvoleno více odpovědí v jedné otázce. Konečný soubor dotazníkového šetření tvořilo 55 vyplněných dotazníků, k celkovému hodnocení představuje tento soubor 100 %.

Statistické vyhodnocení

Pro popis dat byla použita popisná statistika (průměr, medián, směrodatná odchylka, frekvenční tabulky s absolutními a relativními počty, grafy). Pro srovnání základních charakteristik skupin byl použit t-test pro dva výběry a χ^2 test. Srovnání kvality života mezi zvolenými skupinami bylo provedeno pomocí neparametrického Wilcoxonova testu a t-testu pro dva výběry. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %. Zpracování bylo provedeno programem Stata v. 10. Výsledky byly zpracovány ve formě tabulek a grafů v MS Excel.

Výsledky

Položky č. 1 a č. 2 se hodnotí samostatně.

Otázka č. 1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? (Q1)

Otázka č. 2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím? (Q2)

Tabulka 1 znázorňuje výsledky kvality života u celého sledovaného souboru 55 respondentů. V samostatné otázce č. 1 „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ činí aritmetický průměr 3,35 (SD 0,89). U druhé samostatné otázky č. 2 „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“ je aritmetický průměr 2,76 (SD 0,79). V doméně č. 1 – fyzické zdraví – dosahuje aritmetický průměr hodnoty 12,81 (SD 2,52). U domény č. 2 – prožívání – je aritmetický průměr 14,17 (SD 2,76) a u třetí domény – sociální vztahy, je aritmetický průměr 14,42 (SD 3,43). Hodnota posledního aritmetického průměru 13,57 (SD 2,99) znázorňuje výsledek domény č. 4 – prostředí.

V tabulce 2 jsou vyznačena data respondentů skupiny A, kteří nepodstoupili resynchronizační léčbu, celkem 33 respondentů. V samostatné otázce č. 1 „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ činí aritmetický průměr této skupiny 3,52 (SD 0,71). U druhé samostatné otázky č. 2 „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“ je aritmetický průměr 2,79 (SD 0,86). V doméně č. 1 – fyzické zdraví – dosahuje aritmetický průměr hodnoty 13,28 (SD 2,39). U domény č. 2 – prožívání – je aritmetický průměr 14,08 (SD 2,88) a u třetí domény – sociální vztahy – dosahuje aritmetický průměr 14,10 (SD 3,58). Hodnota posledního aritmetického průměru 14,00 (SD 2,65) znázorňuje výsledek domény č. 4 – prostředí.

Tabulka 3 obsahuje data druhé skupiny respondentů. Tito respondenti podstoupili resynchronizační léčbu. Skupina B obsahuje 22 respondentů. V samostatné otázce č. 1 „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ činí aritmetický průměr této skupiny 3,09 (SD 1,06). U druhé samostatné otázky č. 2 „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“ je aritmetický průměr 2,73 (SD 0,70). V doméně č. 1 – fyzické zdraví – dosahuje aritmetický průměr hodnoty 12,08 (SD 2,59). U domény č. 2 – prožívání – je aritmetický průměr

Tabulka 1 – Kvalita života – celý soubor

Otázka/Doména	Počet	Medián	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Min.	Max.
Otázka č. 1	55	4,00	3,35	0,89	1,00	5,00
Otázka č. 2	55	3,00	2,76	0,79	1,00	4,00
Doména č. 1	55	12,57	12,81	2,52	8,00	18,29
Doména č. 2	55	15,33	14,17	2,76	6,67	18,00
Doména č. 3	55	14,67	14,42	3,43	6,67	20,00
Doména č. 4	55	14,50	13,57	2,99	6,00	17,50

Tabulka 2 – Kvalita života – skupina A

Otázka/Doména	Počet	Medián	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Min.	Max.
Otázka č. 1	33	4,00	3,52	0,71	2,00	5,00
Otázka č. 2	33	3,00	2,79	0,86	1,00	4,00
Doména č. 1	33	13,14	13,28	2,39	9,14	18,29
Doména č. 2	33	15,33	14,08	2,88	6,67	18,00
Doména č. 3	33	13,33	14,10	3,58	8,00	20,00
Doména č. 4	33	14,50	14,00	2,65	6,50	17,50

Tabulka 3 – Kvalita života – skupina B

Otázka/Doména	Počet	Medián	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Min.	Max.
Otázka č. 1	22	3,50	3,09	1,06	1,00	4,00
Otázka č. 2	22	3,00	2,73	0,70	2,00	4,00
Doména č. 1	22	12,00	12,08	2,59	8,00	16,00
Doména č. 2	22	15,00	14,30	2,64	10,00	17,33
Doména č. 3	22	16,00	14,91	3,23	6,67	20,00
Doména č. 4	22	14,25	12,93	3,41	6,00	15,50

Tabulka 4 – Podrobné rozdělení dle stupně NYHA u jednotlivých skupin

	Skupina A	Skupina B
NYHA II	23 (42 %)	4 (7 %)
NYHA III	8 (15 %)	13 (24 %)
NYHA IV	2 (4 %)	5 (8 %)

14,30 (SD 2,64) a u třetí domény – sociální vztahy – je aritmetický průměr 14,91 (SD 3,23). Hodnota posledního aritmetického průměru 12,93 (SD 3,41) znázorňuje výsledek domény č. 4 – prostředí.

Tabulka 4 podrobně znázorňuje složení skupiny A a skupiny B dle stupně závažnosti srdečního selhání. Skupinu A, která je reprezentována respondenty bez resynchronizační léčby, tvoří 23 (42 %) respondentů s NYHA II, 8 (15 %) respondentů s NYHA III a 2 (4 %) respondenti s NYHA IV. Skupinu B, kterou zastupují respondenti s resynchronizační léčbou, tvoří 4 (7 %) respondenti s NYHA II, 13 (24 %) respondentů s NYHA III a 5 (8 %) respondentů s NYHA IV.

Hlavním cílem bylo zmapovat současnou kvalitu života u klientů s chronickým srdečním selháním. Celkový vzorek respondentů tvořilo 55 klientů. Výsledná data v oblasti kvality života signalizují pozitivní výsledek. Získaná data byla porovnána s daty běžné populace, která jsou publikována v Příručce pro uživatele české verze dotaz-

níku kvality života Světové zdravotnické organizace. Při porovnávání výsledků bylo zjištěno, že kvalita života respondentů s chronickým srdečním selháním se v žádné oblasti výrazně neliší od kvality života běžné populace. Aritmetický průměr u samostatné otázky Q1 „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ u běžné populace činí 3,82 (SD 0,72). V našem průzkumném šetření byl aritmetický průměr 3,35 (SD 0,89), přičemž rozpětí škály u dvou samostatných otázek (Q1 a Q2) je 1–5.

Prvním cílem bylo zjistit, která ze čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, životní podmínky) je nejvíce ovlivněna u nemocných s chronickým srdečním selháním. Výsledky průzkumného šetření jsou znázorněny v tabulce 1: Kvalita života – celý soubor. *První doména – fyzické zdraví* – je tvořena sedmi otázkami Výsledná hodnota aritmetického průměru v první doméně je 12,57 (SD 2,52). Průměr u běžné populace činí 15,6 (SD 2,5), přičemž spodní hranice kvality života je 14,3 a mírně snížená kvalita života u běžné populace je při hodnotě < 13,0. Zjištěná data tedy ukazují mírně sníženou kvalitu života nemocných s chronickým srdečním selháním v oblasti fyzického zdraví. *Druhá doména – prožívání* – výsledná hodnota kvality života v oblasti života u respondentů s chronickým srdečním selháním je 14,17 (SD 2,76). U běžné populace je průměrná hodnota v oblasti prožívání 14,8 (SD 2,4). Zjištěná data tedy ukazují, že ve druhé doméně nedochází ke snížení kvality života klientů s chronickým srdečním selháním.



ním. *Třetí doména – sociální vztahy* – aritmetický průměr u sledované skupiny respondentů je 14,42 (SD 3,43). Hodnota aritmetického průměru u běžné populace činí 15,0 (SD 2,9) a spodní hranice u populačních norem činí 13,5. Ani u třetí domény tedy nedochází ke snížení kvality života. Čtvrtá doména – *životní podmínky* – v poslední doméně je aritmetický průměr 13,57 (SD 2,99). Průměr u běžné populace je 13,3 (SD 2,1). Ve čtvrté doméně taktéž nedochází k poklesu kvality života u nemocných s chronickým srdečním selháním.

Druhým cílem bylo zjistit, zda klienti dodržují základní režimová opatření, mezi která patří pravidelné užívání léků, dodržování dietních opatření a nekouření. Z konečných výsledků je patrné, že převážná část klientů, 45 (82 %) respondentů, užívá léky pravidelně. Sedm (13 %) respondentů léky pravidelně neužívá a pouze tři (5 %) respondenti zapomenou léky užít občas. Doporučenou dietu dodržuje pravidelně pouze 29 (53 %) respondentů. Čtrnáct (25 %) respondentů dietní opatření nedodržuje vůbec a 12 (22 %) respondentů dietní opatření dodržuje pouze občas. Tyto výsledky jsou neuspokojivé. Dieta by měla být základním prvkem léčebného programu. Nemocné je potřeba stále více motivovat k dodržování dietních opatření. Pokud nemocní nebudou dodržovat léčebný postup, hrozí postupné zhoršování kvality života. Poslední částí druhého dílčího cíle je problematika kouření. Z oslovených respondentů je 44 (80 %) respondentů nekuřáků a 11 (20 %) respondentů uvedlo, že kouří. Ani tyto výsledky nejsou plně uspokojivé, cílem by měla být motivace k 100% nekuřáctví. Tato představa je pro mnohé nemocné obtížná. U dlouholetých kuřáků jde především o psychickou nástavbu. V rámci edukace by zdravotnický personál měl nabídnout několik alternativ v oblasti odvykání kouření. Konečné rozhodnutí závisí vždy na nemocném, jeho ochotě bojovat proti tomuto rizikovému faktoru a jeho pevné vůli. V rámci edukace je třeba zdůraznit, možnost postupného snižování kvality života, pokud klient nezačne respektovat tato léčebná opatření.

Třetím cílem bylo rozdělit celkový vzorek respondentů na dvě cílové skupiny. Skupinu A tvořilo 33 (60 %) respondentů, tyto respondenti nepodstoupili resynchronizační léčbu. Druhá skupina označena písmenem B byla tvořena 22 (40 %) respondenty. Tato část respondentů resynchronizační léčbu podstoupila. Účelem rozdělení bylo zjistit, zda skupina respondentů B má lepší kvalitu života než skupina respondentů A. Výsledky průzkumného šetření znázorňují tabulka 2 a tabulka 3. Průzkumné šetření ukázalo, že u skupiny B dochází k mírnému snížení kvality života v první doméně – fyzické zdraví. V této doméně byla kvalita života mírně snížena i u celkového počtu respondentů. Přestože nedošlo u skupiny B ke zlepšení kvality života, nedochází zároveň ani k významnému poklesu kvality života po zavedení resynchronizační terapie. Je třeba také zdůraznit, že v našem průzkumném šetření jsme neměly k dispozici výsledky kvality života u klientů skupiny B před samotnou implantací, předmětem našeho zájmu nebylo porovnávat výsledky před implantací a po ní. V tabulce 4 vidíme podrobné rozdělení respondentů dle stupně srdečního selhání a jednotlivých skupin. Zde je patrné, že skupina B s nižší kvalitou života v doméně fyzické zdraví obsahuje respondenty se závažnějším stupněm srdečního selhání. Tyto výsledky považujeme za zásadní,

stejně jako Franzén a spol., kteří ve své rozsáhlé studii potvrdili, že kvalita života závisí na stupni srdečního selhání.

Diskuse

Cílem práce bylo zmapovat současnou kvalitu života těchto chronicky nemocných. Získaná data byla porovnána s daty běžné populace, která jsou uvedena v Příručce pro uživatele české verze dotazníku kvality života. Během vyhodnocování výsledků bylo zjištěno, že u respondentů s chronickým srdečním selháním nedošlo k snížení kvality života. V žádné oblasti nejsou patrné žádné statisticky významné odchylky. Lze tedy konstatovat, že průzkumné šetření prokázalo pozitivní výsledky a současná kvalita života klientů s chronickým srdečním selháním je dobrá.

Franzén a spol. provedli rozsáhlou studii, ve které došli k názoru, že primárně je pro kvalitu života klientů s chronickým srdečním selháním rozhodující stupeň závažnosti onemocnění [5]. Oproti tomu věk, pohlaví, přidružené onemocnění bylo sčejně jen pro některé z oblastí jednotlivých domén. Cílem této studie bylo prozkoumat, zda lze pomocí věku, pohlaví, závažnosti onemocnění, komorbidit a životních podmínek předvídat kvalitu života u nemocných s chronickým srdečním selháním. Výsledkem této studie bylo zdůraznit prioritu intervencí, které jsou zaměřeny na zmírnění nemoci. Výsledná data našeho průzkumného šetření se přiklání k výsledkům této studie. Při porovnávání kvality života mezi skupinou A a skupinou B nedošlo k žádným statisticky významným odchylkám. Skupina klientů s resynchronizační terapií má závažnější stupeň onemocnění (viz tabulku 4), proto i po zvolení tohoto typu léčby nedošlo ke zlepšení kvality života proti skupině klientů bez resynchronizační léčby.

Studie autorů Stamp a spol. měla za úkol prozkoumat vliv rodiny na psychickou pohodu, depresivní symptomy a kvalitu života nemocných s chronickým srdečním selháním [6]. Tato studie podtrhuje význam rodinného zázemí. Je zde zdůrazněno posuzování rodiny a identifikace ohrožených osob. V rámci zlepšování kvality života vidí autoři jako jednu z možností zaměřit se na podporu rodinného zázemí. Při hodnocení domény sociální vztahy u našich respondentů nebyly zaznamenány žádné patologické hodnoty, které by signalizovaly nefunkční rodinné zázemí. Proto hodnocení rodinného zázemí považujeme za další důležitý faktor, který může pozitivně ovlivnit kvalitu života klientů s chronickým srdečním selháním. V rámci podpory rodinného zázemí v souvislosti se zlepšováním kvality života vidíme do budoucna za přínosnou přítomnost členů rodiny při edukačním procesu.

Za jednu z důležitých prací, která zdůrazňuje znalost ovlivnitelných faktorů v souvislosti s kvalitou života, můžeme považovat studii Hea a spol. [7]. Studie se zabývala znalostí ovlivnitelných faktorů, dodržováním dietních opatření, sociální podporou. Bylo prokázáno, že intervence k prohloubení znalostí ovlivnitelných faktorů může vést ke zlepšení kontroly nad srdečním selháním, a tudíž ke zvýšení kvality života. Během našeho průzkumu bylo zjištěno, že ve sledovaných oblastech dodržování léčebného režimu (pravidelné užívání léků a dodržování dietních opatření) a omezení rizikového faktoru (kouře-

ní) nebyly výsledky příliš pozitivní. Nemocní se více spoléhají na léky a pomoc lékařského a ošetřujícího personálu než na zapojení vlastního úsilí v podobě změny životního stylu a dodržování režimových opatření. Mnohdy si neuvědomí, že musejí pro sebe něco udělat sami. Jak už bylo zmiňováno, pro udržení dobré kvality života je zapotřebí mít znalosti ovlivnitelných faktorů a zároveň dodržovat režimová opatření.

Stejně jako studie kolektivu autorů Knackstedt, Arndt, Mischke, kteří se zaměřili na resynchronizační léčbu jako jednu z možností zlepšení kvality života klientů s chronickým srdečním selháním a snížení počtu depresivních syndromů [8], neprokázalo ani naše průzkumné šetření zlepšení v oblasti kvality života u těchto nemocných. Celkově tato studie navzdory zlepšení tolerance fyzické zátěže neprokázala zlepšení kvality života a snížení počtu depresivních stavů po šesti měsících od implantace. Během této rozsáhlé studie byla porovnána data před implantací resynchronizační léčby a po šesti týdnech od implantace. V našem průzkumném šetření jsme neměly k dispozici data klientů s resynchronizační léčbou z období před implantací. Proto nelze výsledky našeho průzkumného šetření jednoznačně porovnávat s výsledky této studie. Lze konstatovat, že stejně jako v této studii nedochází k poklesu v kvalitě života po implantaci.

Přestože byla zjištěna dobrá kvalita života klientů s chronickým srdečním selháním, nelze v současnosti i nadále podceňovat informovanost jak laické, tak i odborné veřejnosti o možnostech léčby chronického srdečního selhání. Naopak by pozitivní výsledky měly odbornou veřejnost motivovat a preventivní opatření by se měla navýšovat.

Na základě výsledků ve smyslu snížení kvality života v doméně – fyzické zdraví – považujeme za důležité zdůraznit obsahovou složku této domény a vytyčit několik doporučení pro zlepšení. Doména je tvořena otázkami, které kladou důraz na celkovou fyzickou aktivitu a zdatnost klientů s chronickým srdečním selháním u obou skupin respondentů, je důležité se zaměřit na pravidelné cvičení, chůzi, jízdu na kole, plavání. Volbou vhodné fyzické aktivity se zlepšuje celková fyzická kondice, která ovlivňuje kvalitu života. Fyzická aktivita by měla probíhat pravidelně, nejlépe každý den 30 minut. Vhodný pro zvolení fyzické zátěže je individuální přístup na základě výsledků ergometrie. V této oblasti je důležitá motivace pacienta nejen lékařem a fyzioterapeutem, ale i sestrou. Cílem je vysvětlit důvod pravidelné fyzické aktivity. S pravidelnou fyzickou aktivitou souvisí i kvalita spánku. Každodenní pravidelná fyzická aktivita může pozitivně ovlivnit (eliminovat) i srdeční bolest, která často nemocné limituje při každodenních činnostech. Klienta edukujeme, že každodenní cvičení má provádět do subjektivního maxima. Současně má fyzická aktivita pozitivní vliv i na náladu nemocného, redukuje úzkost a depresi. V našem souboru je 35 % respondentů, kteří jsou v produktivním věku, proto je edukace nesmírně potřebná. Přibližně s 20 % respondentů z našeho souboru se setkáváme při opakovaných hospitalizacích. Při opětovných setkáních lze pozorovat, že stále dochází ke zhoršování zdravotního stavu. Během rozhovoru s touto skupinou nemocných je patrné, že patří k těm nemocným, kteří nevěnují dostatečnou pozornost dodržování režimových opatření.

Závěr

Chronické srdeční selhání lze tedy definovat jako postižení srdce, u kterého přes dostatečné plnění komory klesá minutový výdej a srdce není schopno pokrýt metabolické potřeby organismu. Výskyt chronického srdečního selhání má charakter vzestupný. Tento jev je zejména ovlivněn dvěma faktory (zvyšování věku populace a výrazné snížení úmrtnosti na akutní kardiovaskulární příhody). Diagnostika a léčba tohoto chronického onemocnění je náročná medicínsky i ekonomicky. Přes veškeré pokroky po stránce medicínské má srdeční selhání stále špatnou prognózu. Současná terapie je zaměřena nejen na ovlivnění symptomů, snažíme se také ovlivnit výskyt progresu srdečního selhání a snížit úmrtnost. Léčebné postupy jsou dnes ve většině případů podloženy výsledky randomizovaných studií, a splňují tak požadavky medicíny založené na důkazech. Rozsáhlé studie sledují pozitivní účinky těchto léčebných procesů a zároveň monitorují pozitivní vliv zvolených léčebných postupů na kvalitu života. Mezi jednu z dnes již standardních metod při léčbě chronického srdečního selhání patří resynchronizační léčba. Tento druh léčby umožňuje synchronizaci obou komor, a tím dochází ke zlepšení kontraktility srdce a zvýšení srdečního výdeje. V rámci zlepšení dyssynchronie dochází ke zlepšení tolerance zátěže a snížení mortality. Předpokladem této léčby je tedy nejen zlepšení zvládnutí fyzické zátěže, ale také zlepšení v oblasti kvality života.

Součástí léčebného procesu je nepochybně ošetřovatelská péče, která je u těchto chronicky nemocných ne snadná. Velký důraz je kladen na prevenci a eliminaci rizikových faktorů, jež mohou nepříznivě ovlivnit průběh onemocnění. Jedna z úloh sestry pečující o tyto chronicky nemocné klienty spočívá v opakovaných edukačních procesech. Proto je nadmíru důležité mít všeobecný přehled nejen o onemocnění jako takovém, ale i o nejnovějších léčebných postupech a doporučeních při léčbě chronického srdečního selhání.

Výsledky našeho průzkumného šetření hodnotíme kladně. U vybrané skupiny respondentů nedošlo ke statisticky významným odchylkám ve smyslu snížení kvality života. K hodnotám mírně snížené kvality života dochází u našich respondentů v doméně fyzické zdraví. Tyto výsledky odpovídají údajům o snížení tolerance fyzické zátěže jako takové, která je uváděna v odborné literatuře zabývající se chronickým srdečním selháním. Dobrou kvalitu života klientů s chronickým srdečním selháním v současnosti lze bezesporu přisuzovat kvalitnímu a dobře zvolenému typu léčby dle indikace a stadia onemocnění.

Mezi další složky, které ovlivňují kvalitu života těchto klientů, patří komplexní edukace. Z našeho průzkumu vyplývá, že klienti jsou dobře informováni o základních léčebných režimech a zároveň je i dodržují. Tyto skutečnosti se bezesporu odrážejí v celkovém hodnocení průzkumu. U našich respondentů se potvrdilo, že je důležité mít dobré rodinné zázemí a podporu přátel. Domníváme se, že zapojování rodinných příslušníků do edukace a dodržování režimových opatření může být pro klienty s chronickým srdečním selháním stěžejní, a zároveň tak dochází ke snižování rizikových faktorů u širší skupiny populace. Proto je potřeba během získávání informací při ošetřovatelském posouzení klienta klást důraz na prově-



ření rodinného zázemí a schopnosti rodinných příslušníků podílet se na určeném léčebném režimu.

V rámci problematiky chronického srdečního selhání a resynchronizační léčby ukázaly konečné údaje našeho průzkumu, že nedochází k rozdílům mezi jednotlivými skupinami. Respondenti s resynchronizační léčbou neudávají lepší kvalitu života. Během průzkumu jsme neměly k dispozici údaje o kvalitě života těchto klientů před implantací resynchronizační léčby. Proti tomu většina studií zabývajících se touto problematikou, porovnávala údaje před léčbou a s odstupem několika měsíců po implantaci. Naši respondenti s resynchronizační léčbou měli ve většině případů NYHA stupně III a IV ve srovnání s respondenty druhé skupiny. Proto se přikláníme k výsledkům studií, které potvrzují souvislosti mezi kvalitou života a stupněm srdečního selhání. Lidé s pokročilým onemocněním mají bezesporu horší kvalitu života.

Naše průzkumné šetření má i určité omezení. Doporučujeme zaměřit se na sledování kvality života u nemocných před resynchronizační léčbou a po ní, která by měla být provázena dostatečnou edukací.

Závěrem je nutné zdůraznit, že nemocní s chronickým srdečním selháním patří do skupiny chronicky nemocných. Všeobecně tito nemocní mívají sníženou sebedůvěru, chybí jim pocit, že jsou užiteční, klesá motivace k léčbě a chybí tendence k aktivní spolupráci při rehabilitaci. Dlouhodobá konzervativní léčba vyžaduje trpělivost ze strany nemocných i lékaře. Klientům je potřeba dodávat sebedůvěru, učit je žít s onemocněním, připravovat je na změněné životní podmínky, diskutovat s nimi o možnos-

tech další léčby a správně zvolenou komunikací posilovat jejich důvěru v účinnost léčby.

*PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.,
Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik,
Slezská univerzita v Opavě,
e-mail: Jana.Haluzikova@fvp.slu.cz*

Literatura

- [1] M. Souček, Vnitřní lékařství 1. díl, Praha: Grada Publishing, 2011.
- [2] E. Gurková, Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada Publishing, 2011.
- [3] J. Payne, Kvalita života a zdraví, Praha: Triton, 2005.
- [4] E. Dragomirecká, WHOQOL-BREF, HOQOL-100, Praha: Psychiatrické centrum, 2006.
- [5] K. Franzén, B. Saveman, K. Blomqvist, Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure, *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6 (2007) 112–120.
- [6] K.D. Stamp, S.B. Dumbbar, P.C. Clark, et al., Family context influences psychological outcomes of depressive symptoms and emotional quality of life in patients with heart failure, *Journal of Cardiovascular Nursing* 29(6) (2014) 517–527.
- [7] S. Heo, T.A. Lennie, S.J. Pressler, et al., Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure, *European Journal of Cardiovascular Nursing* 14 (2015) 137–144.
- [8] C. Knackstedt, M. Arndt, K. Mischke, et al., Depression, psychological distress, and quality of life in patients with cardioverter defibrillator or with without cardiac resynchronization therapy, *Heart and Vessels* 29 (2014) 364–374.