

# Jakość życia pacjentów z niewydolnością serca

## Quality of life in patients with heart failure

### STRESZCZENIE

Jakość życia w niewydolności serca (NS) jest niezmiernie ważnym elementem przebiegu choroby oraz procesu leczenia, obniża bowiem poziom życia pacjentów w szerokim zakresie, istotnie większym niż inne choroby przewlekłe. Niekorzystny wpływ NS na jakość życia ma złożony charakter i wyływa z obecności objawów przedmiotowych oraz podmiotowych, poczucia bezpośredniego zagrożenia życia, wielokrotnych hospitalizacji. Jednocześnie dotyka wszystkich fundamentalnych sfer życia człowieka. W sferze fizycznej pacjenci najczęściej odczuwają skutki objawów podmiotowych, do których należą między innymi zmniejszenie ogólnej wydolności organizmu, duszności, zmęczenie, obniżony poziom energii, obrzęki oraz problemy ze snem. W sferze psychologicznej u chorych z NS częściej występują zaburzenia na poziomie emocjonalnym, w szczególności wysoki poziom lęku oraz depresja. W sferze społecznej u pacjentów może wystąpić pogorszenie kontaktów społecznych oraz relacji z bliskimi, a także trudności w codziennym życiu zawodowym.

Na subiektywną ocenę jakości życia wpływ mają również takie parametry, jak płeć i wiek. Jakość życia jest niżej oceniana przez kobiety, co jest spójne z oceną jakości życia w grupie pacjentów kardiologicznych, a także przez pacjentów w młodszym wieku. Wśród osób młodszych objawy choroby związane z NS oraz przebieg leczenia ograniczają możliwości wypełniania podstawowych ról społecznych w zakresie zakładania rodziny czy budowania kariery profesjonalnej. Trudnym doświadczeniem dla pacjenta jest także schemat leczenia, szczególnie w zaawansowanym stadium choroby, gdy niezbędne stają się metody nefarmakologiczne: interwencja przeszczepna, elektroterapia czy leczenie kardiochirurgiczne. Niezależnie od tego również terapia medyczna przyczynia się do obniżenia jakości życia chorego.

W ostatnich latach udaje się zahamować wieloletnią tendencję wzrostową zachorowalności na NS ze względu na wyższą skuteczność działań prewencyjnych oraz lepszą kontrolę czynników ryzyka, głównie w grupie pacjentów młodszych. Niestety, wciąż obserwuje się niski poziom współpracy ze strony chorych w zakresie przestrzegania zaleceń lekarskich, dlatego powstaje obecnie wiele programów interwencyjno-edukacyjno-motywujących ukierunkowanych na wsparcie pacjentów w procesie leczenia oraz prowadzeniu zdrowego stylu życia.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, tom 9, nr 6, 435–442

słowa kluczowe: niewydolność serca, jakość życia

Sylwia Mościcka<sup>1</sup>,  
Dominika Wójcik<sup>2</sup>,  
Artur Mamcarz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servier, Polska

<sup>2</sup>III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii,  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

### Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz  
III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii,  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
ul. Solec 93, 00–382 Warszawa  
tel: +48 22 250 62 53, faks: +48 22 250 62 51  
e-mail: artur.mamcarz@wum.edu.pl

Copyright © 2015 Via Medica  
ISSN 1897–3590

#### ABSTRACT

Quality of life in patients with heart failure (HF) is an important dimension of disease course and treatment process. HF deteriorates quality of life in wider extent and stronger than other chronic diseases. The unfavorable impact on quality of life in HF is complex and related mainly to signs and symptoms, threat to life and repeated hospitalizations. At the same time, it affects all fundamental areas of human life. From patients' perspective the key physical limitations are related to symptoms like: reduced exercise tolerance, dyspnea, fatigue, decreased energy level, oedema and sleep problems. Patients with HF also need to deal with psychological dysfunctions, mostly anxiety and depression. In social life patients with HF show impairments in relations with close relatives and difficulties in every-day professional life.

The subjective quality of life evaluation is additionally impacted by gender and age. The quality of life in HF is reported worse among women, like in other cardiac patients' groups, and younger individuals. The lower level of quality of life in younger group has psychological background as the signs and symptoms limit the social role in terms of starting a family or building professional career.

Difficult and challenging experience for patients is the treatment process, especially at the advanced stage, when non-pharmacological methods need to be implemented (like percutaneous coronary intervention, electrotherapy, cardiac surgery). Medical treatment also decreases the quality of life as an independent factor.

In recent years the increasing morbidity trend has been stopped by higher efficacy of preventive actions and better control of risk factors, especially in younger patients. Unfortunately there is still observed low level of adherence and therefore a number of interventional, educational and motivational programs have been introduced to support patients in treatment process and healthy life style.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, vol 9, no 6, 435–442

**key words:** heart failure, quality of life

**N**iewydolność serca (NS) to dla współczesnej medycyny poważne wyzwanie w zakresie zmniejszania śmiertelności oraz poprawy jakości życia. Ze względu na powszechność występowania, którą szacuje się na poziomie około 2% populacji ogólnej, to także istotny problem społeczno-ekonomiczny. Zachorowalność znacząco wzrasta w podeszłym wieku, w grupie osób powyżej 65. roku życia [1]. Rokowanie chorych jest niekorzystne, a przeżycie 5-letnie wynosi zaledwie 25–28%. Dla porównania wartość przeżycia dla wszystkich chorób nowotworowych wraz z rozwojem nowych

technologii i terapii medycznych osiąga dziś poziom 50% [2]. Chorzy z NS wykazują jednocześnie niższy ogólny poziom jakości życia niż pacjenci z innymi chorobami przewlekłymi, takimi jak choroby układu pokarmowego, choroby płuc, choroby nerek czy cukrzyca [1]. Wpływ na jakość życia pacjenta z NS, oprócz podstawowych objawów choroby i cierpienia fizycznego, mają zaburzenia na poziomie poznawczo-emocjonalnym, świadomość bezpośredniego zagrożenia życia oraz konieczność powtórnych hospitalizacji. Wpływ ten został wielokrotnie potwierdzony w badaniach klinicznych, także w warunkach polskich.

## **DEFINICJA I OCENA JAKOŚCI ŻYCIA W NIEWYDOLNOŚCI SERCA**

Jakość życia jest parametrem niezwykle ważnym zarówno do oceny, jak i zmiany w procesie leczenia. Ze względu na złożony charakter pojęcia w literaturze naukowej istnieje wiele opisów jakości życia. W medycynie wykorzystywana jest definicja wprowadzona przez *World Health Organization* (WHO), która określa jakość życia jako „postrzeganą przez daną osobę własną sytuację życiową w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i zainteresowaniami” [3]. Definicja ta pomaga ujednoczyć podejście teoretyczne, ale wciąż pozostawia szerokie możliwości interpretacji, sprawiając w codziennej praktyce wiele trudności. Problemem pozostaje zatem dylemat, czy oceniając jakość życia pacjentów w większym stopniu koncentrować się na obiektywnych parametrach medycznych, czy też opierać na subiektywnej perspektywie i opinii pacjenta.

Praktycy starają się nadać pojęciu jakości życia konkretny wymiar, aby znaleźć płaszczyznę porozumienia z chorym. W takim celu tworzone są liczne narzędzia psychometryczne, których zadaniem jest wsparcie badaczy i personelu medycznego. W niewydolności serca do najczęściej stosowanych dziś skal należą: 1) *The Short Form 36 Health Survey* (SF-36), która ocenia ogólną jakość życia i umożliwia porównywanie pacjentów z różnymi schorzeniami oraz 2) *The Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* i *The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*, które są dedykowane pacjentom z NS i koncentrują się na parametrach specyficznych dla tej grupy chorych [4].

## **CHARAKTERYSTYKA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTA Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA**

Niewydolność serca w istotny sposób zmienia jakość życia pacjentów w podstawowych obszarach: fizycznym, poznawczo-emocjonalnym i społeczno-zawodowym. Specyfika tych

zmian jest charakterystyczna dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego, jednak ich zakres w grupie chorych z NS jest większy ze względu na niekorzystne rokowanie oraz znaczne zmniejszenie wydolności fizycznej [5]. Optymalną i szeroko stosowaną klasyfikacją do oceny wydolności czynnościowej w NS jest skala NYHA (skala *New York Heart Association* z 1963 roku, kategoryzująca stopień nasilenia objawów podmiotowych oraz ograniczenia wydolności na 4-stopniowej skali) [6]. Klasyfikacja NYHA stanowi jednocześnie narzędzie do oceny stadium zaawansowania choroby oraz poziomu jakości życia. Jakość życia jest bowiem tym niższa, im wyższy poziom na skali NYHA. W zastoinowej NS wykazano, iż w przypadku klasy I występuje łagodne obniżenie poziomu życia w zakresie sprawności fizycznej oraz witalności, natomiast już od klasy II wszystkie obszary jakości życia ulegają pogorszeniu (według kwestionariusza SF-36) [7].

**W obszarze fizycznym** funkcjonowanie pacjenta z NS w największym stopniu ogranicza zmniejszona ogólna wydolność organizmu. Opisywana w skali NYHA ciężkość objawów nie zawsze jednak koreluje z wysokim ryzykiem zgonu czy hospitalizacji i należy zachować szczególną ostrożność w grupie pacjentów z łagodnymi objawami [8]. Wytyczne ESC dzielą objawy chorego z NS na objawy przedmiotowe (do podstawowych należą: podwyższone ciśnienie w żyłach szyjnych, refluks wątrobowo-szyjny, szmer sercowy, trzeci ton serca, przemieszczenie w lewo uderzenia koniuszkowego) oraz objawy podmiotowe (do podstawowych należą: zmęczenie i znużenie, duszność, napadowa duszność nocna, obrzęki wokół kostek, zmniejszenie tolerancji wysiłku, *ortopnoe*) [8]. Na jakość życia większy wpływ mają objawy podmiotowe, które są przez pacjenta bezpośrednio dostrzegane i odczuwane. Objawy podmiotowe istotnie zaburzające codzienne funkcjonowanie to przede wszystkim obrzęki, duszności, zmęczenie i zmniejszenie tolerancji wysiłku (wymagają-

ce częstszego siedzenia, leżenia bądź odpoczynku w ciągu dnia, powodujące utrudnienia w chodzeniu na zewnątrz lub w domu, utrudniające wykonywanie obowiązków związanych z pracą zarobkową) oraz obniżenie poziomu energii i aktywności seksualnej (na podstawie skali *The Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*) [9].

Objawy podmiotowe do tego stopnia zmieniają życie pacjentów z NS, że mogą być lepszymi prognostykami jakości życia niż rokowanie czy częstość hospitalizacji. Wykazano to w populacji ponad 2700 pacjentów przydzielonych do dwóch podgrup 1) z zachowaną oraz 2) obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF, *left ventricular ejection fraction*). Jakość życia w obu podgrupach była znacząco obniżona w stosunku do populacji ogólnej i pozostawała bez związku z LVEF, mimo niekorzystnego rokowania oraz częstszych hospitalizacji w grupie pacjentów z obniżoną LVEF. Wyniki zaskakujące, gdyż wyższy poziom ryzyka sercowo-naczyniowego oraz większa liczba hospitalizacji są traktowane jako niezależne czynniki warunkujące obniżony poziom jakości życia. W obu podgrupach pacjentów to jednak obecność objawów podmiotowych okazała się kluczowa dla oceny jakości życia. Badaniem objęci zostali pacjenci z klasą NYHA II–IV, których stan zdrowia umożliwiał wzięcie aktywnego udziału w prowadzonym projekcie [10].

Pacjentom z NS często towarzyszą również zaburzenia snu. Przyczyny mogą być różne i wynikać z objawów NS, chorób współistniejących lub wdrożonego leczenia. Problemy ze snem mogą mieć także charakter o podłożu psychologicznym, szczególnie jeśli pacjentom towarzyszy wysoki poziom lęku [8]. Zaburzenia snu, ze względu na ich częste występowanie, powinny być elementem diagnozy i leczenia, gdyż mogą istotnie obniżyć jakość życia chorego.

Choroby współistniejące dotyczące pacjentów z NS mają dodatkowo niekorzystny wpływ na jakość życia oraz rokowanie. Cho-

roby współtowarzyszące mogą bezpośrednio pogarszać stan zdrowia pacjenta, jak również pośrednio poprzez modyfikacje i ograniczenia, które wprowadzają do schematu leczenia. Wśród chorób towarzyszących, które mają istotny wpływ na obniżenie jakości życia i/lub zwiększenie ryzyka przedwczesnego zgonu są cukrzyca, dławica piersiowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc, nowotwory złośliwe, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, dna moczanowa, zaburzenia wzrodu, niewydolność nerek, zaburzenia wątroby czy otyłość [8, 11]. U hospitalizowanych pacjentów z NS często występuje również niedokrwistość, która może wywoływać bądź pogłębiać działania niepożądane, takie jak zawroty głowy, tachykardia czy duszności. Dodatkowo niedokrwistość obniża ocenę jakości życia w zakresie funkcjonowania fizycznego, ogólnego zdrowia oraz dobrostanu [12]. Źródłem niedokrwistości może być niedobór żelaza wskazywany także jako niezależny czynnik warunkujący jakość życia chorego z NS [13]. Dożylne podawanie żelaza w przypadku jego niedoboru pacjentom z przewlekłą NS poprawia wydolność fizyczną oraz jakość życia (nie potwierdzono takiego związku dla suplementacji doustnej) [14]. Wnioski te wymagają dalszych badań w zakresie leczenia niedoboru żelaza w tej grupie chorych pod kątem długoterminowej skuteczności oraz bezpieczeństwa [8].

W dużym randomizowanym badaniu zaobserwowano również związek między jakością życia a częstością rytmu serca u pacjentów ze skurczową NS. W grupie ponad 6500 pacjentów z NS (LVEF  $\leq$  35%; HR  $\geq$  70/min) redukcja częstości akcji serca spowodowała zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu przewlekłej skurczowej NS oraz zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych [15]. W podgrupie niemal 2000 pacjentów wykazano również istotny związek między redukcją częstości rytmu serca, zmniejszoną liczbą hospitalizacji a poprawą jakości życia pacjentów [16, 17].

**W obszarze psychologicznym** diagnoza NS jest niezwykle trudnym doświadczeniem,

które wywołuje wysoki poziom stresu, a dla wielu pacjentów oznacza pierwsze tak poważne zmierzenie się z własną śmiertelnością, na której dotychczas się nie koncentrowali. Ze względu na niekorzystne rokowanie, ograniczoną wydolność fizyczną oraz liczne hospitalizacje proces leczenia, zwłaszcza w zaawansowanym stadium choroby, jest dla pacjentów obciążający emocjonalnie. Chorzy z NS często odczuwają wysoki poziom lęku, a u części z nich wystąpią objawy depresyjne. Pacjenci z depresją mogą wykazywać gorszy przebieg choroby, słabszy poziom współpracy oraz izolować się społecznie. Występujące problemy ze snem mogą dodatkowo zaburzać funkcjonowanie na poziomie poznawczym poprzez obniżenie koncentracji, trudności z zapamiętywaniem oraz zwiększenie uczucia przewlekłego zmęczenia. W procesie diagnozy i leczenia warto zachować czujność i zweryfikować potencjalne dysfunkcje psychologiczne za pomocą podstawowych narzędzi psychometrycznych bądź we współpracy z psychiatrą lub psychologiem, a w razie konieczności włączyć również odpowiednie i bezpieczne leczenie farmakologiczne oraz psychoterapię [8, 18].

Pacjentów z chorobą niedokrwienną serca oraz NS charakteryzuje częstsze występowanie osobowości typu D, która odznacza się negatywnym afektem i wycofaniem społecznym. Osobowość typu D jest dodatkowym czynnikiem prognostycznym dla niższego poziomu jakości życia, niezależnym od wieku, płci czy zaawansowania choroby [19, 20]. Obniżenie jakości życia u osób z osobowością typu D pogłębia występowanie symptomów depresyjnych. Lęk również ma niekorzystne oddziaływanie, ale jeśli jednocześnie chory otrzymuje wsparcie społeczne to wpływ lęku może zostać zminimalizowany [19]. Obserwowane stany emocjonalne mogą wynikać z odmiennej percepcji choroby i różnych stylów radzenia sobie z chorobą poszczególnych grup pacjentów z dominującymi objawami depresji i/lub lęku. Pacjenci z depresją mogą pozostawać bierni i podejmować mniej zachowań ukie-

runkowanych na zdrowie i odwrotnie pacjenci z wysokim poziomem lęku oraz jednoczesnym wsparciem społecznym mogą bardziej angażować się w proces zdrowienia i tym samym pozytywnie wpływać na jakość życia.

Jedno z badań, przeprowadzone w grupie 933 pacjentów, przynosi nieco inne spojrzenie na znaczenie lęku w NS. W badaniu pacjentów z migotaniem przedsionków oraz zastoinową NS wykazano, iż wysoki poziom wrażliwości na lęk jest związany z zaniepokojeniem objawami choroby oraz obniżoną jakością życia. W badaniu tym zaobserwowano, że lepsze rokowanie u osób z wysoką wrażliwością na lęk (na podstawie skali *Anxiety Sensitivity Inventory*) zapewni wybór strategii kontroli rodzaju rytmu niż strategii kontroli częstości rytmu komór. To odważne doniesienie z badania EBM potwierdzające możliwość wyboru najlepszej strategii postępowania klinicznego w oparciu na parametrach psychologicznych. Wnioski z pewnością wymagają ostrożnego podejścia i weryfikacji, jednak uzasadniają dalsze poszukiwania w tym zakresie [21].

O znaczeniu depresji i lęku w grupie pacjentów z NS świadczą dziś międzynarodowe wytyczne, które rekomendują systematyczną diagnostykę w kierunku ich rozpoznania. Wzrasta również zainteresowanie badaczy tym obszarem. W Niemczech został opracowany szeroko zakrojony projekt badawczy, zakładający włączenie blisko 4000 pacjentów. Celem projektu jest weryfikacja częstości i skuteczności rozpoznawania oraz leczenia depresji i lęku w grupie pacjentów z NS na poziomie lekarza pierwszego kontaktu [22]. Świadczy to o coraz większej świadomości środowiska medycznego, jak ważnym aspektem jest diagnoza i właściwie dobrana terapia w sytuacji wystąpienia dysfunkcji emocjonalnych w ogólnej opiece nad pacjentem.

**W obszarze społecznym** NS ogranicza funkcjonowanie pacjenta w zależności od stopnia zaawansowania choroby oraz stanu fizyczno-emocjonalnego. Osłabienie ogólnej wydolności organizmu a także zaburzenia

funkcji poznawczych, objawy depresyjne czy wysoki poziom lęku mogą istotnie utrudniać kontakty społeczne oraz relacje z bliskimi. Objawy mogą doprowadzić do utraty pracy zawodowej oraz uniemożliwić lub w znacznym stopniu ograniczyć realizację zainteresowań chorego. W zakresie codziennej organizacji NS może oznaczać konieczność wielokrotnych hospitalizacji, dostosowania własnego stylu życia do rekomendowanego programu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji oraz wiązać się z dodatkowymi kosztami lub w przypadku braku możliwości kontynuacji pracy zawodowej stratą dotychczasowych dochodów [9]. W przebiegu choroby i w procesie leczenia ważne jest zatem odpowiednie wsparcie socjalno-społeczne, które ma pozytywny wpływ na ogólne zadowolenie z życia oraz wyższy poziom jakości życia pacjenta.

#### **PLEĆ I WIEK A JAKOŚĆ ŻYCIA W NIEWYDOLNOŚCI SERCA**

Na jakość życia mają wpływ parametry demograficzne jak wiek czy płeć. Jakość życia w NS jest istotnie niżej oceniana w grupie kobiet w porównaniu z grupą mężczyzn i takie dane są już wielokrotnie potwierdzone w badaniach pacjentów kardiologicznych [23]. Interesującymi doniesieniami płynącymi z badań nad jakością życia pacjentów z NS jest niżej oceniana jakość życia u osób młodszych, mimo gorszej prognozy oraz obiektywnie niższego poziomu wydolności fizycznej w grupie pacjentów starszych. Wy tłumaczeniem jest większy wpływ aspektów psychologicznych na odmienne postrzeganie jakości życia w tych grupach chorych. Pacjenci w podeszłym wieku wykazują mniej symptomów depresyjnych i lękowych, które mają niezależny wpływ na ocenę jakości życia. Wraz z wiekiem zmieniają także swoje podejście do życia oraz oczekiwania w stosunku do własnego stanu zdrowia. Obecność przewlekłej choroby jest w tej grupie pacjentów czynnikiem powszechnie występującym w ich grupie rówieśniczej oraz naturalnym elementem procesu starzenia się. Łatwiejsze do

zaakceptowania stają się zatem ograniczenia związane z chorobą, gdyż potrzeba wysokiej sprawności fizycznej jest naturalnie niższa w grupie osób starszych. Natomiast w grupie osób młodszych NS ma negatywny wpływ na możliwość wypełniania podstawowych ról i celów życiowych, takich jak budowanie kariery zawodowej czy zakładanie rodziny. Pacjenci w podeszłym wieku te etapy mają już za sobą, częściej czują się zrealizowani i spełnieni życiowo lub mają w stosunku do siebie zmienione wymagania i oczekiwania. Zdecydowanie bardziej więc NS ingeruje w codzienne życie oraz plany pacjentów w młodszym wieku. Nie wykazano natomiast pozytywnego wpływu dla samego faktu pozostawania w związku małżeńskim. Najprawdopodobniej więc na jakość życia ma większy wpływ to jak pacjenci oceniają relację partnerską lub związek małżeński oraz czy bliska osoba jest dla nich prawdziwym wsparciem. Wsparcie bowiem jest już niezależnym i potwierdzonym czynnikiem korzystnie wpływającym na jakość życia, bez względu na wiek pacjenta [24].

#### **WPLYW HOSPITALIZACJI I SCHEMATU LECZENIA NA JAKOŚĆ ŻYCIA**

Dostępne obecnie metody leczenia pozwalają w coraz większym stopniu na poprawę statystyk przeżycia oraz komfortu życia pacjentów. Jednak wciąż NS pozostaje chorobą o niekorzystnej prognozie, która w znacznym stopniu upośledza jakość życia, zwłaszcza w zaawansowanym stadium. I dlatego tak ważny pozostaje wybór optymalnej terapii, która pozwoli na zmniejszenie cierpienia pacjenta, złagodzi objawy choroby, poprawi jakość życia oraz zmniejszy liczbę hospitalizacji.

W zależności od stanu zaawansowania choroby oraz jej indywidualnego charakteru pacjenci z NS stykają się z różnymi formami terapii, począwszy od zaleceń ograniczenia czynników ryzyka, leczenia farmakologicznego, poprzez procedury hemodynamiczne, elektroterapię, metody kardiochirurgiczne, w tym przeszczepienie serca, aż do łagodzenia obja-

wów w opiece hospicyjnej [25]. Ryzyko bezpośrednio związane szczególnie z metodami inwazyjnymi i możliwe wystąpienie poważnych powikłań sprawiają, że sam proces leczenia jest niezwykle trudnym doświadczeniem, które w znacznym stopniu obciąża pacjenta z NS i obniża jego jakość życia we wszystkich sferach.

### **PROGRAMY INTERWENCYJNE**

W ostatnim czasie zachorowalność na NS udaje się skutecznie zmniejszyć. Widoczne obecnie zahamowanie wieloletniej tendencji wzrostowej zachorowalności na NS związane jest z lepszą kontrolą czynników ryzyka oraz wyższą skutecznością działań prewencyjnych, szczególnie w populacji osób młodszych [26]. Ze względu na starzejące się społeczeństwa europejskie skala występowania NS wciąż jednak stanowi ogromny problem. Dla indywidualnego pacjenta NS pozostaje chorobą, które bezpośrednio zagraża życiu i przyczynia się do obniżenia jego jakości. Ważne jest więc zapewnienie pacjentom interdyscyplinarnej opieki zdrowotnej, która w najpełniejszy sposób ochroni życie oraz zdrowie.

Niestety, na wciąż alarmująco niskim poziomie pozostaje współpraca (*adherence*) chorych z NS. Pacjenci w zbyt niskim stopniu i bardzo selektywnie przestrzegają zaleceń lekarskich (*compliance*). A to jeden z kluczowych parametrów dla zmniejszenia śmiertelności oraz poprawy jakości życia. Niezwykle ważne są w tym przypadku edukacja oraz programy motywujące dla pacjentów. Odpowiedni poziom *adherence* ze strony pacjenta warunkuje bowiem stan zdrowia fizycznego i psychicznego, liczbę hospitalizacji oraz liczbę incydentów sercowo-naczyniowych. To również w konsekwencji także czynnik wyznaczający koszty społeczne i ekonomiczne dla całego społeczeństwa [27].

Pozytywny wpływ programów zdrowotnych dla pacjentów sprawia, że coraz częściej są one poddawane badaniom EBM i wprowadzane do praktyki [28, 29]. We Francji jest prowadzony projekt badawczy ETIC skiero-

wany do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, mający na celu weryfikację wpływu i skuteczności programu interwencyjno-edukacyjno-motywowującego dla pacjentów. Programem objętych zostanie ponad 400 pacjentów ze zdiagnozowaną NS i klasą NYHA I, II lub III [29]. W Stanach Zjednoczonych badacze dyskutują nad efektywnością psychoterapii i przeprowadzono w ostatnich latach badanie potwierdzające, że nawet krótka interwencja z elementami terapii poznawczej, prowadzona przez pielęgniarki w grupie pacjentów z NS i objawami depresji, przynosi korzyści na poziomie jakości życia chorych. Niewielka liczba pacjentów uczestnicząca w projekcie wymaga potwierdzenia na większej populacji, jednak wstępne wnioski brzmią obiecująco dla dalszych badań [30]. Zwiększony zakres opieki w formie wizyt domowych oraz interwencji telefonicznych (edukacja, monitoring symptomów choroby oraz kontrola BMI) to weryfikowany w grupie japońskich pacjentów z NS program potwierdzający wymierne korzyści profilaktyki wtórnej w zakresie poprawy funkcjonowania psychicznego pacjentów oraz realnego zmniejszenia liczby hospitalizacji. To również bardzo wstępne, aczkolwiek pozytywne doniesienie, które warto zweryfikować na szerszej populacji [31].

### **PODSUMOWANIE**

Podstawowym celem medycyny pozostaje zapewnienie pacjentom z NS dostępu do nowoczesnych metod leczenia farmakologicznego, jak również zaawansowanych procedur hemodynamicznych czy kardiochirurgicznych. Przyjęty program leczenia powinien koncentrować się na poprawie rokowania, ale równorzędnie dbać o ogólny dobrostan na poziomie fizycznym, psychologicznym i społecznym. Pacjent powinien być partnerem dla personelu medycznego i o schemacie postępowania, który w optymalny sposób będzie chronić jego zdrowie i życie, decydować w sposób indywidualny. Tak, jak każdy z nas chciałby decydować o własnym życiu, w zdrowiu i w chorobie.

**PIŚMIENNICTWO**

- Rywik T.M. Niewydolność serca — problem społeczny w Polsce i na świecie. W: Wożakowska-Kaplon B., Mamcarz A., Filipiak K.J. (red.). Iwabradyna w terapii niewydolności serca — od teorii do praktyki. Medical Education, Warszawa 2014: 11–23.
- Rywik S., Rywik T., Korewicki J. Epidemiologia i etiologia niewydolności serca. W: Podolec P., Jankowska E.A., Ponikowski P. i wsp. (red.). Przewlekła niewydolność serca. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2009: 61–71.
- The WHOQOL Group, The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc. Sci. Med.* 1998; 46: 1569–1585.
- Wong M., Tavazzi L. Effect of Drug Therapy for Heart Failure on Quality of Life. *The Journal of Clinical Hypertension.* 2004; Vol. VI: 256–261.
- Hobbs F.D.R., Kenkre J.E., Roalfe J.E. i wsp. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life. *Eur. Heart J.* 2002; 23: 1867–1876.
- Dziuba M., Krekora J., Drożdż J., Badanie pacjenta z zaawansowaną niewydolnością serca. W: Sobański P., Krajnik M., Opolski G. (red.). Opieka paliatywna w niewydolności serca. *Via Medica, Gdańsk* 2011: 27–39.
- Juenger J., Schellberg D., Kraemer S. i wsp. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart* 2002; 87: 235–241.
- Grupa Robocza 2012 Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego: McMurray J.J.V., Adamopoulos S., Anker S.D. i wsp. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznania oraz leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca na 2012 rok. *Kardiologia Polska* 2012; 70 (supl. II): 101–176.
- Francis G.S., Tang W.H.W. Ocena Kkliniczna w niewydolności serca. W: Mann D.L. (red.), Dłużniewski M. (red. wyd. pol.). *Niewydolność serca.* Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2006: 537–557.
- Lewis E.F., Lamas G.A., O'Meara E. i wsp. Characterization of health-related quality of life in heart failure patients with preserved versus low ejection fraction in CHARM. *Eur. J. Heart Fail.* 2007; 9: 83–91.
- Young J.B. Rokowanie w niewydolności serca. W: Mann D.L. (red.), Dłużniewski M. (red. wyd. pol.), *Niewydolność serca.* Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2006: 519–536.
- Kraai I.H., Luttk M.L.A., Johansson P. i wsp. Health-related quality of life and anemia in hospitalized patients with heart failure. *Int. J. Cardiol.* 2012; 161: 151–155.
- Gutzwiller F.S., Pfeil A.M., Comin-Colet J. Determinants of quality of life of patients with heart failure and iron deficiency treated with ferric carboxymaltose: FAIR-HF sub-analysis. *Int. J. Cardiol.* 2013; 168: 3878–3883.
- Dyrla W., Światowiec A., Kuch M., Niewydolność serca. 33 pytania i odpowiedzi. Medical Education Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2011: 58–59.
- Jakubowski P., Drożdż J., Iwabradyna. W: Drożdż J. (red.). *Terapia niewydolności serca.* Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012: 191–195.
- Wożakowska-Kaplon B., Gorczyca-Michta I. Wpływ iwabradyny na punkty końcowe w badaniu SHIFT. W: Wożakowska-Kaplon B., Mamcarz A., Filipiak K.J. (red.). *Iwabradyna w terapii niewydolności serca — od teorii do praktyki.* Medical Education, Warszawa 2014: 47–63.
- Borer J.S., Bohm M., Ford I. i wsp. Effect of ivabradine on recurrent hospitalization for worsening heart failure in patients with chronic systolic heart failure: the SHIFT study. *Eur. Heart J.* 2012; 33: 2813–2820.
- Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S. i wsp. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej w 2013 roku. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej. *Kardiologia Polska* 2013; 71 (supl. X): 243–318.
- Staniute M., Brozaitiene J., Burkauskas J. Type D personality, mental distress, social support and health related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study. *Health Quality Life Outcomes* 2015; 13: 1.
- Denollet J., Vaes J., Brutsaert D.L. Inadequate Response to Treatment in Coronary Heart Disease. Adverse Effects of Type D Personality and Younger Age on 5-Year Prognosis and Quality of Life. *Circulation* 2000; 102: 630–635.
- Frasere-Smith N., Lesperance F., Talajic M. i wsp. Anxiety Sensitivity Moderates Prognostic Importance of Rhythm-Control Versus Rate-Control Strategies in Patients With Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure. Insights From the Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure Trial. *Circ. Heart Fail.* 2012; 5: 322–330.
- Eisele M., Blozik E., Stork S. i wsp. Recognition of depression and anxiety and their association with quality of life, hospitalization, and mortality in primary care patients with heart failure — study protocol of longitudinal observation study. *BMC Family Practice* 2013; 14: 180.
- Wizner B., Fedyk-Lukasik M., Grodzicki T. Edukacja i jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. W: Dubiel J.S., Korewicki J., Grodzicki T. (red.). *Niewydolność serca.* *Via Medica, Gdańsk* 2013: 207–215.
- Moser D.K., Heo S., Suk Lee K. i wsp. 'It could be worse... lot's worse!' Why health-related quality of life is better in older compared with younger individuals with heart failure. *Age Ageing* 2013; 42: 626–632.
- Sablík Z., Drożdż J. Podstawowe cele leczenia przewlekłej niewydolności serca. W: Drożdż J. (red.). *Terapia niewydolności serca.* Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012: 144–147.
- Rywik T., Leszek P., Korewicki J. Epidemiologia niewydolności serca. W: Dubiel J.S., Korewicki J., Grodzicki T. (red.). *Niewydolność serca.* *Via Medica, Gdańsk* 2013: 1–7.
- Marti C.N., Georgiopoulos V.V., Giamouzis G. i wsp. Patient-Reported Selective Adherence to Heart Failure Self-Care Recommendations a Prospective Cohort Study: The Atlanta Cardiomyopathy Consortium. *Congest. Heart Fail.* 2013; 19: 16–24.
- Grady K.L., Mendes de Leon C.F., Kozak A.T. i wsp. Does Self-management Counseling in Patients with Heart Failure Improve Quality of Life? Findings from the Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART). *Qual. Life Res.* 2014; 23: 31–38.
- Vaillant-Roussel H., Laporte C., Pereira B. i wsp. Patient education in chronic heart failure on primary care (ETIC) and its impact on patient quality of life: design of a cluster randomized trial. *BMC Family Practice* 2014; 15: 208.
- Dekker R.L., Moser D.K., Peden A.R. i wsp. Cognitive Therapy Improves Three-Month Outcomes in Hospitalized Patients with Heart Failure. *J. Card. Fail.* 2012; 18: 10–20.
- Tsuchihashi-Makaya M., Matsuo H., Kakinoki S. i wsp. Home-Based Disease Management Program to Improve Psychological Status in Patients With Heart Failure in Japan. *Circ. J.* 2013; 77: 926–933.