

PACIENTŲ, SERGANČIŲ SUNKIU ŠIRDIES NEPAKANKAMUMU, GYVENIMO KOKYBĖS VERTINIMAS

Diana Rinkūnienė, Jūratė Jurkutė, Jolanta Laukaitienė, Silvija Bučytė, Renaldas Jurkevičius

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Santrauka

Tikslas – įvertinti sunkiu širdies nepakankamumu (ŠN) sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę bei jos ryšį su demografiniais, klinikiniais ir echokardiografiniais rodikliais.

Tyrimo metodai. Išanalizuoti 60-ies III–IV funkcinės klasės (pagal Niujorko širdies asociacijos (NŠA) klasifikaciją) širdies nepakankamumu sergančių pacientų duomenys. Gyvenimo kokybei vertinti buvo naudojama trumpa sveikatos apklausos forma (angl. *Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire*). Kliniškai širdies nepakankamumo sunkumas vertintas atsižvelgiant į širdies nepakankamumo funkcinę klasę bei šešių minučių ėjimo testo rezultatą (6-MĖT). Duomenys analizuoti naudojant statistinę SPSS 21.0 programą. Kiekybinių kintamųjų ryšio stiprumui vertinti naudota Pirsono (*Pearson*) koreliacijos koeficiento analizė. Skirtumai vertinti kaip statistiškai patikimi, kai $p < 0,05$.

Rezultatai. Tyrime dalyvavusių pacientų amžiaus vidurkis buvo $62,8 \pm 9,8$ m. Didžioji dalis tiriamųjų (86,7 proc.) sirgo III funkcinės klasės ŠN pagal NŠA bei buvo vyriškos lyties (88,3 proc.). Išeminė kardiopatija diagnozuota 51,7 proc. pacientų. Sunki širdies nepakankamumu sergantys pacientai geriausiai vertino energingumo ir gyvybingumo bei skausmo, o blogiausiai – fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų ir fizinės sveikatos skales. Moterys geriau vertino psichinę, o vyrai – fizinę sveikatą, tačiau šis skirtumas statistiškai nereikšmingas. Lytis, amžius, echokardiografiniai rodikliai statistiškai reikšmingos įtakos gyvenimo kokybės vertinimui neturėjo. Naudojant Pirsono (*Pearson*) koreliacijos koeficientą nustatytas vidutinio stiprumo ryšys tarp 6-MĖT ir gyvenimo kokybės vertinimo: fizinio aktyvumo ($r = 0,4$, $p = 0,06$) ir veiklos apribojimo dėl emocinės būklės ($r = 0,4$, $p = 0,02$) srityse.

Išvados. Gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną parodė, kad sunkiu širdies nepakankamumu sergantys pacientai blogiau vertino fizinės negu psichinės sveikatos vertinimo sritis. Reikšmingo amžiaus, lyties, echokardiografinių rodiklių bei širdies nepakankamumo funkcinės klasės ryšio su psichinės bei fizinės sveikatos vertinimu nenustatyta.

Reikšminiai žodžiai: širdies nepakankamumas, gyvenimo kokybė.

ĮVADAS

Širdies nepakankamumas (toliau – ŠN) – tai simptomų ir požymių derinys, sąlygotas širdies struktūros ir (ar) funkcijos pakitimų. ŠN nustatomas 1–2 proc. suaugusiųjų populiacijos, o 70 m. amžiaus ir vyresnių žmonių grupėje siekia daugiau nei 10 proc. [1]. Jaunesniame amžiuje ŠN daugiau paplitęs tarp vyrų dėl pagrindinės vyraujančios priežasties – išeminės širdies ligos (toliau – IŠL), kuri vyrams pasireiškia anksčiau [2]. ŠN sergančių pacientų gydymas yra sunki ekonominė našta, daugiau negu 50 proc. visų išlaidų sudaro stacionarinis gydymas [3]. Nors ŠN yra ganėtinai paplitusi patologija, šių pacientų gyvenimo kokybės tyrimų atlikta palyginti nedaug [4].

Pacientai, sergantys ŠN, jaučia lėtinį nuovargį, dusulį, blogėja jų funkcinė būklė, jie dažnai pakartotinai stacionarizuojami dėl ŠN paūmėjimų [5]. Šis neigiamas daugiaveiksmis poveikis sąlygoja blogesnę šių pacientų gyvenimo kokybę. Atliktų tyrimų duomenimis, naudojant įvairiapusį SF-36 klausimyną ir lyginant su bendrąja populiacija, ŠN sergančių pacientų gyvenimo kokybė yra prastesnė [6–10]. Juenger ir kt. atlikę tyrimą nustatė, kad pacientų, sergančių lėtiniu širdies ir inkstų funkcijos nepakankamumu (kai jau taikomos hemodializės), gyvenimo kokybės rodikliai buvo sumažėję vienodai, o hepatitu C sergantys asmenys geriau vertino fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, fizinės ir bendrosios sveikatos sritis [11].

Mūsų tyrimo tikslas buvo išnagrinėti sunkiu ŠN sergančių pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę bei įvertinti jos ryšį su demografiniais, klinikiniais ir echokardiografiniais rodikliais. Mokslinis darbas, kuriame nagrinėta sunkiu ŠN

Adresas susirašinėti: Diana Rinkūnienė
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto
Kauno klinikų Kardiologijos klinika
Eivenių g. 2, 50009 Kaunas
El. p. diana.rinkuniene@gmail.com

sergančių asmenų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, naudojant SF-36 klausimyną, Lietuvoje atliktas pirmą kartą.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimas 2013 m. atliktas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kardiologijos klinikos ambulatorijoje. Analizuoti 60-ies sunkiu širdies nepakankamumu sergančių pacientų duomenys. Įtraukimo į tyrimą kriterijai: pacientai, sergantys sunkiu ŠN (III ar IV funkcinės klasės pagal Niujorko širdies asociacijos (toliau – NŠA) klasifikaciją), neturintys sunkių gretutinių ligų, galinčių paveikti gyvenimo kokybę, sutinkantys atsakyti į pateiktus klausimus. Į tyrimą neįtraukti pacientai, turintys fizinių ir (ar) psichinių sutrikimų, taip pat nesutikę dalyvauti ar nestabilios hemodinamikos asmenys.

Gyvenimo kokybei vertinti buvo naudojamas SF-36 (angl. *Medical Outcomes Study 36-item Short Form*) klausimynas, kurį pildė patys pacientai. Šis klausimynas plačiai taikomas tiriant įvairaus amžiaus grupių pacientus, sergančius lėtinėmis ligomis [12]. Naudojant SF-36 įvertinamos aštuonios gyvenimo kokybės sritys: 1) fizinis aktyvumas (FA); 2) veiklos apribojimas dėl fizinių problemų (VFP); 3) skausmas (S); 4) bendras sveikatos vertinimas (BSV); 5) energingumas ir gyvybingumas (EG); 6) socialiniai ryšiai (SF); 7) veiklos apribojimas dėl emocinės būklės problemų (VEP); 8) psichologinė būklė (EB). Kiekviena sritis vertinama balais nuo 0 iki 100. Kuo daugiau balų, tuo geresnė gyvenimo kokybė. Šios aštuonios sritys buvo jungiamos į dvi pagrindines kategorijas: fizinę (FS) ir psichinę sveikatą (PS). Fizinei sveikatai vertinti skirtos fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo, sveikatos vertinimo sritys. Psichinei sveikatai vertinti skirtos energingumo ir gyvybingumo, socialinių ryšių, veiklos apribojimo dėl emocinės būklės ir psichinės būsenos sritys.

Vidiniam klausimyno nuoseklumui nustatyti apskaičiuotas Kronbacho alfa koeficientas. Klausimynas patikimas, kai pastarasis $> 0,7$ (mūsų tyrimo Kronbacho alfa – 0,8).

Visiems pacientams LSMUL Kardiologijos klinikoje buvo atlikta elektrokardiograma (EKG) – vertintas širdies ritmas, echokardioskopija (matavimai atlikti atsižvelgiant į nustatytus standartus [13, 14]), 6 minučių ėjimo testas (6-MĖT) [15], vertinta ŠN funkcinė klasė pagal NŠA [16]. Išeminė kardiopatija (IKMP) [17] nustatyta pacientams, kuriems dokumentuotas miokardo infarktas ar vainikinių kraujagyslių revaskuliarizacija (perkutaninė vainikinių

arterijų angioplastika ir (ar) stentavimas, ir (ar) aortos vainikinių arterijų jungčių suformavimo operacija) anamnezėje, diagnozuota pažengusi išeminė širdies liga (IŠL) (patvirtinta vainikinių kraujagyslių angiografijos metu ir krūtinės angina) ar kiti vainikinių kraujotakos nepakankamumo simptomai. Visi kiti pacientai, neatitinkantys minėtų kriterijų, priskirti neišeminės KMP (NIKMP) grupei.

Statistinė duomenų analizė buvo atliekama naudojant IBM SPSS statistinį paketą (*Statistical Package for Social Sciences v.21.0 for MAC OS X*). Kiekybiniam kintamiesiems vertinti taikyti tokie rodmenys: vidurkis ir imties standartinis nuokrypis (SD). Dviejų nepriklausomų grupių požymių vidurkiams lyginti naudotas Stjudento t kriterijus, o priklausomų grupių parametrų statistiškai reikšmingi skirtumai vertinti taikant porinį Stjudento kriterijų. Kiekybinių kintamųjų ryšio stiprumui vertinti naudota Pirsono (*Pearson*) koreliacijos koeficiento analizė. Jei $r \leq 0,3$, tarp kintamųjų nustatytas silpnas ryšys, jei $0,3 < r \leq 0,6$ – vidutinio stiprumo ryšys, jei $r > 0,6$ – stiprus ryšys [18]. Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $< 0,05$.

REZULTATAI

Tyrimo dalyvavo 60 pacientų (amžiaus vidurkis $62,8 \pm 9,8$ m.), vyrai sudarė 88,3 proc. tiriamųjų. Didžiajai daliai pacientų (86,7 proc.) nustatytas III funkcinės klasės ŠN pagal NŠA, EKG registruotas sinusinis ritmas (93,3 proc.), išeminė kardiopatija diagnozuota 51,7 proc. pacientų. Kairiojo skilvelio išstūmio frakcija (KSIF) buvo gerokai sumažėjusi (nuo 7 iki 35 proc.), vidurkis $21,4 \pm 7,6$ proc. (1 lentelė).

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas. Pacientai, sergantys sunkiu ŠN, geriausiai vertino energingumo ir gyvybingumo bei skausmo, o blogiausiai – fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų ir fizinės sveikatos skales. Taip pat nustatyta, kad pacientai psichinę sveikatą vertino statistiškai reikšmingai geriau nei fizinę ($38,4 \pm 11,0$ vs $30,7 \pm 7,1$; $p < 0,001$). SF-36 klausimyno skalių vertinimo vidurkiai pateikiami 2 lentelėje. Atsižvelgiant į ŠN etiologiją, gyvenimo kokybę psichinės sveikatos srityse (išskyrus veiklos apribojimą dėl emocinės būklės) geriau įvertino IKMP sergantys asmenys, palyginti su NIKMP sergančiais pacientais ($42,2 \pm 10,6$ vs $34,2 \pm 10,0$; $p < 0,05$). Taip pat IKMP grupėje daugiau pacientų sirgo AH (58,7 proc. ir 41,3 proc., $p = 0,04$) bei daugiau buvo vyriškos lyties asmenų (56,6 proc. ir 43,4 proc., $p = 0,03$), lyginant su NIKMP. Fizinės sveikatos vertinimo skirtumų tarp grupių nenustatyta.

1 lentelė. Demografiniai, klinikiniai ir echokardiografiniai duomenys (n = 60)

Rodiklis	Vidurkis ± SN arba kiekis (dažnis)
Amžius, metai	62,8 ± 9,8
Lytis – vyrai, n (proc.)	53 (88,3)
ŠN funkcinė klasė pagal NŠA, n (proc.)	III funkcinė klasė IV funkcinė klasė
Širdies ritmas	52 (86,7) 8 (13,3) sinusinis ritmas, n (proc.) prieširdžių virpėjimas, n (proc.)
IKMP, n (proc.)	56 (93,3) 4 (6,7)
AH, n (proc.)	31 (51,7)
Cukrinis diabetas, n (proc.)	46 (76,7)
Miokardo infarktas anamnezėje, n (proc.)	13 (21,7)
VAJO/PTKA ir stentavimas, n (proc.)	28 (46,7)
6-MĖT, m	23 (41,7)
6-MĖT, m	307,6 ± 84,2
KSIF, proc.	21,4 ± 7,6
KSGDD, mm	65,9 ± 8,9
KSGSD, mm	59,4 ± 10,1
KSGDT, ml	211,2 ± 84,2
KSGST, ml	167,6 ± 77,2
TVŽJA, mm	15,2 ± 4,7

ŠN – širdies nepakankamumas, IKMP – išeminė kardiopatija, AH – arterinė hipertenzija, NŠA – Niujorko širdies asociacija, VAJO – aortos vainikinių arterijų jungčių suformavimo operacija, PTKA – perkutaninė vainikinių arterijų angioplastika, 6-MĖT – šešių minučių ėjimo testas, KSIF – kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija, KSGDD – kairiojo skilvelio galinis diastolinis dydis, KSGSD – kairiojo skilvelio galinis sistolinis dydis, KSGDT – kairiojo skilvelio galinis diastolinis tūris, KSGST – kairiojo skilvelio galinis sistolinis tūris, TVŽJA – triburio vožtuvo žiedo judesio amplitudė

2 lentelė. Sunkiu širdies nepakankamumu sergančių pacientų (n = 60) SF-36 gyvenimo kokybės sričių vertinimo rezultatai

SF-36 gyvenimo kokybės vertinimo sritys	Balai (vidurkis + SN)
Fizinės sveikatos sritys	
Fizinis aktyvumas	30,6 + 8,9
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	30,9 + 6,1
Skausmas	39,9 + 10,4
Bendrasis sveikatos vertinimas	31,8 + 7,3
Psichinės sveikatos sritys	
Energingumas ir gyvybingumas	40,1 + 9,8
Socialiniai ryšiai	35,1 + 10,1
Veiklos apribojimas dėl emocinės būklės	31,9 + 11,9
Emocinė būklė	36,5 + 12,2
Fizinė sveikata	30,7 + 7,1
Psichinė sveikata	38,4 + 11,0

SN – standartinis nuokrypis

Vertinant atskirų gyvenimo kokybės sričių ryšį nustatytas stiprus statistiškai reikšmingas ryšys tarp fizinio aktyvumo ir energingumo, gyvybingumo (r = 0,7), fizinės sveikatos (r = 0,8), tarp psichinės sveikatos ir socialinių ryšių (r = 0,8), veiklos apribojimo dėl emocinės būklės (r = 0,8) ir emocinės būklės (r = 0,9) skalių vertinimo (3 lentelė).

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ryšys su demografiniais, klinikiniais ir echokardiografiniais rodikliais. Gyvenimo kokybė atsižvelgiant į lytį ir amžių buvo vertinta visoje tiriamųjų grupėje. Vyrai buvo šiek tiek vyresni (63,0 ± 9,9 m.) negu moterys (61,3 ± 10,0 m.) (p = 0,6) bei dažniau sirgo išeminės kilmės ŠN (52,8 proc. vs 14,3 proc., p = 0,04), arterine hipertenzija (81,1 proc. vs 42,9 proc., p = 0,02) ir cukriniu diabetu (22,6 proc.

3 lentelė. Gyvenimo kokybės SF-36 klausimyno sričių koreliacija

SF-36 vertinimo sritys	FA	VFP	S	BSV	EG	SF	VEP	EB	FS	PS
FA	1	0,5*	0,6*	0,5*	0,7*	0,4*	0,4*	0,4*	0,8*	0,3*
VFP		1	0,5*	0,4*	0,5*	0,4*	0,6*	0,5*	0,5*	0,5*
S			1	0,5*	0,5*	0,4*	0,4*	0,5*	0,8*	0,4*
BSV				1	0,5*	0,5*	0,4*	0,5*	0,6*	0,5*
EG					1	0,6*	0,4*	0,6*	0,6*	0,6*
SF						1	0,5*	0,7*	0,3	0,8*
VEP							1	0,5*	0,2	0,8*
EB								1	0,2	0,9*
FS									1	0,1
PS										1

*p < 0,001; FA – fizinis aktyvumas, VFP – veiklos apribojimas dėl fizinių problemų, S – skausmas, BSV – bendras sveikatos vertinimas, EG – energingumas ir gyvybingumas, SF – socialiniai ryšiai, VEP – veiklos apribojimas dėl emocinės būklės, EB – emocinė būklė, FS – fizinė sveikata, PS – psichinė sveikata

4 lentelė. SF-36 sričių vertinimo rezultatai atsižvelgiant į lytį

SF-36 gyvenimo kokybės vertinimo sritys	Vyrai (n = 53)	Moterys (n = 7)	p reikšmė
Fizinis aktyvumas	31,1 ± 12,6	30,6 ± 8,4	0,8
Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	31,0 ± 5,5	30,9 ± 6,2	0,9
Skausmas	40,4 ± 8,6	39,9 ± 10,7	0,8
Bendrasis sveikatos vertinimas	31,4 ± 8,6	31,9 ± 7,3	0,8
Energingumas ir gyvybingumas	38,6 ± 8,2	40,3 ± 10,1	0,6
Socialiniai ryšiai	33,1 ± 12,4	35,3 ± 9,9	0,6
Veiklos apribojimas dėl emocinės būklės	29,7 ± 8,3	32,2 ± 12,4	0,4
Emocinė būklė	32,9 ± 13,0	36,9 ± 12,1	0,6
Fizinė sveikata	34,7 ± 12,2	30,5 ± 7,2	0,4
Psichinė sveikata	32,1 ± 9,3	38,8 ± 10,9	0,2

vs 14,3 proc., $p = 0,6$). Moterys geriau vertino psichinės sveikatos sritis, o vyrai – fizinės sveikatos, tačiau šis skirtumas statistiškai nereikšmingas (4 lentelė). Lytis ir amžius statistiškai reikšmingos įtakos gyvenimo kokybei neturėjo. Šiuo atveju ryšio su lytimi greičiausiai nenustatyta dėl mažo moterų skaičiaus tiriamųjų grupėje.

Naudojant Pirsono (*Pearson*) koreliacijos koeficientą nustatytas vidutinio stiprumo ryšys tarp 6-MĖT ir gyvenimo kokybės vertinimo: fizinio aktyvumo ($r = 0,4$, $p = 0,06$) ir veiklos apribojimo dėl emocinės būklės ($r = 0,4$, $p = 0,02$) srityse. Reikšmingo ryšio tarp ŠN funkcinės klasės pagal NŠA ir gyvenimo kokybės nustatyti nepavyko.

Matuoti echokardiografiniai rodikliai, tokie kaip kairiojo skilvelio išstūmio frakcija, kairiojo skilvelio dydžiai ir tūriai, dešiniojo skilvelio funkcija, reikšmingos įtakos gyvenimo kokybės vertinimui mūsų atliktame tyrime neturėjo.

REZULTATŲ APTARIMAS

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio ir socialinių ryšių su aplinka. Lėtinis ŠN, veikdamas šias sritis, iš esmės pakeičia žmogaus gyvenimą ir blogina jo kokybę [1, 2].

Lyginant su bendrąja populiacija ir kitomis lėtinėmis ligomis (artritu, lėtine obstrukcine plaučių liga, IŠL), ŠN lemia gerokai blogesnę gyvenimo kokybę [5, 11, 19, 20]. Blogą šių pacientų gyvenimo kokybės vertinimą dažnai sąlygoja ŠN sunkumas ir kitos gretutinės lėtinės ligos, įskaitant ir depresiją [11, 21–23]. Didelis CD ir AH paplitimas tarp ŠN sergančių pacientų aiškinamas tuo, kad šios ligos yra pagrindiniai IŠL, kuri dažniausiai ir sukelia ŠN, rizikos veiksniai [20]. Mes taip pat nustatėme, kad sunkiu ŠN sergantiems pacientams dažnai diagnozuojama AH, CD ir IŠL, o tai dar labiau blogina šių pacientų gyvenimo kokybę.

ŠN sergančių pacientų gyvenimo kokybės vertinimui įtakos turi ir amžius, lytis, profesija bei socioekonominė ir materialinė padėtis [20, 24–31]. Nikolaos V. Fotos ir bendraautorai nustatė, jog vyresni nei 65 m. pacientai gyvenimo kokybę vertino blogiau, o lytis gyvenimo kokybės vertinimui įtakos neturėjo [20]. Mūsų tyrimo duomenimis, nei lytis, nei amžius statistiškai reikšmingos įtakos gyvenimo kokybei neturėjo. Šiuo atveju ryšio su lytimi greičiausiai nenustatyta dėl mažo moterų skaičiaus tiriamųjų grupėje.

Sunkiu ŠN sergančių pacientų gyvenimo kokybė labai priklauso nuo fizinės sveikatos [32]. ŠN sergantis asmenys stengiasi riboti savo fizinį aktyvumą, norėdami išvengti diskomforto. Tačiau tai tik didina socialinę atskirtį, nuovargį fizinio krūvio metu ir mažina šių pacientų fizinį treniruotumą. Mūsų tiriamieji pacientai blogai vertino fizinę sveikatą, todėl tai turėtų būti paskata stengtis juos sudominti fizine veikla, rasti mėgstamus užsiėmimus. Nors tai ir nepagerins echokardiografinių parametrų ar ŠN išeičių, bet pagerins pacientų savijautą, energingumą, sumažins nuovargį [33].

Viviane Martineli Pelegrino ir bendraautorai nustatė, jog ŠN sergančių asmenų gyvenimo kokybė tiesiogiai susijusi su kairiojo skilvelio išstūmio frakcija [34]. Mūsų duomenimis, kairiojo skilvelio išstūmio frakcija statistiškai reikšmingos įtakos šių pacientų gyvenimo kokybei neturėjo. Panašius duomenis pateikė ir kiti autoriai [11, 24, 35].

Užsienio autorių duomenimis, sunkiu širdies nepakankamumu sergančių pacientų blogesnė gyvenimo kokybė tiesiogiai susijusi su blogesne ŠN funkcinė klase pagal NŠA: kuo didesnė ŠN funkcinė klasė – tuo blogesnė gyvenimo kokybė [20]. Tai siejama su mažėjančiu funkciniu pajėgumu sunkėjant ŠN. Panašūs duomenys gauti ir kitų tyrėjų [10, 11, 27, 36–38], tačiau mes statistiškai reikšmingo ryšio tarp ŠN funkcinės klasės ir gyvenimo kokybės nenustatėme. Greičiausiai tai buvo nulemta mažos pacientų imties ir tiriamųjų asmenų grupių pagal ŠN funkcinės klases netolygumo.

Parajo ir bendraautorai nustatė, kad pacientai, kurie sirgo IŠL, gyvenimo kokybę vertino blogiau [39]. Mūsų tyrimo duomenimis, pacientai, sergantys IKMP, lyginant su sergančiais NIKMP, geriau vertino gyvenimo kokybę psichinės sveikatos srityse (išskyrus veiklos apribojimą dėl emocinės būklės), kitų sričių vertinimas reikšmingai nesiskyrė.

Mūsų atlikto tyrimo rezultatai dar kartą patvirtina, jog sunkus ŠN turi įtakos ne tik fizinei ligonių sveikatai, bet ir gyvenimo kokybei, o bloga gyvenimo kokybė blogina šių pacientų išėjimą, didina hospitalizacijų skaičių. Norint pagerinti tokių pacientų gyvenimo kokybę būtina užtikrinti ne vien optimalų medikamentinį gydymą, bet ir tinkamą paliatyviąją slaugą bei psichologinę pagalbą ligoniams ir jų šeimos nariams. Europos kardiologų draugijos Širdies nepakankamumo asociacijos Sunkaus širdies nepakankamumo darbo grupė parengė atskirą dokumentą, skirtą ŠN sergančių pacientų paliatyviajai priežiūrai [40].

IŠVADOS

Gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną parodė, kad sunkiu širdies nepakankamumu sergantys pacientai blogiausiai vertino fizinę sveikatą atspindinčias klausimyno sritis. Amžius, lytis,

echokardiografiniai rodikliai bei širdies nepakankamumo funkcinė klasė nebuvo statistiškai reikšmingai susiję nei su psichine, nei su fizine sveikata.

Straipsnis gautas 2014-04-09, priimtas 2014-05-30

Literatūra

- Hoth KF, Nash J, Poppas A et al. Effects of cardiac resynchronization therapy on health-related quality of life in older adults with heart failure. *Clin Interv Aging*. 2008;3:553-60.
- Alonso J, Ferrer M, Gandek B et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res*. 2004;13:283-98.
- Schlosshan D, Barker D, Pepper C et al. CRT improves the exercise capacity and functional reserve of the failing heart through enhancing the cardiac flow- and pressure-generating capacity. *European journal of heart failure*. 2006;8:515-21.
- Coelho R, Ramos S, Prata J et al. Heart failure and health related quality of life. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:19.
- Ekman I, Fagerberg B, Lundman B. Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *Heart Lung*. 2002;31:94-101.
- Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
- McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993;31:247-63.
- Jenkinson C, Jenkinson D, Shepperd S et al. Evaluation of treatment for congestive heart failure in patients aged 60 years and older using generic measures of health status (SF-36 and COOP charts). *Age Ageing*. 1997;26:7-13.
- Blyth FM, Lazarus R, Ross D et al. Burden and outcomes of hospitalisation for congestive heart failure. *Med J Aust*. 1997;167:67-70.
- Saccomann IC, Cintra FA, Gallani MC. Health-related quality of life among the elderly with heart failure: a generic measurement. *Sao Paulo Med J*. 2010;128:192-6.
- Juenger J, Schellberg D, Kraemer S et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*. 2002;87:235-41.
- Fortin M, Lapointe L, Hudon C et al. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:51.
- Rudski LG, Lai WW, Afilalo J et al. Guidelines for the echocardiographic assessment of the right heart in adults: a report from the American Society of Echocardiography endorsed by the European Association of Echocardiography, a registered branch of the European Society of Cardiology, and the Canadian Society of Echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr*. 2010;23:685-713; quiz 86-8.
- Lang RM, Bierig M, Devereux RB et al. Recommendations for chamber quantification: a report from the American Society of Echocardiography's Guidelines and Standards Committee and the Chamber Quantification Writing Group, developed in conjunction with the European Association of Echocardiography, a branch of the European Society of Cardiology. *J Am Soc Echocardiogr*. 2005;18:1440-63.
- ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;166:111-7.
- The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels: Boston, MA Little, Brown & Co, 1994.
- Barsheshet A, Goldenberg I, Moss AJ et al. Response to preventive cardiac resynchronization therapy in patients with ischaemic and nonischaemic cardiomyopathy in MADIT-CRT. *Eur Heart J*. 2011;32:1622-30.
- Vencloviene J. Statistiniai metodai medicinoje. Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 2010.
- Spiraki C, Kaitelidou D, Papakonstantinou V et al. Health-related quality of life measurement in patients admitted with coronary heart disease and heart failure to a cardiology department of a secondary urban hospital in Greece. *Hellenic J Cardiol*. 2008;49:241-7.
- Fotos NV, Giakoumidakis K, Kollia Z et al. Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study. *Scand J Caring Sci*. 2013;27:686-94.
- Daamen MA, Schols JM, Jaarsma T, Hamers JP. Prevalence of heart failure in nursing homes: a systematic literature review. *Scand J Caring Sci*. 2010;24:202-8.
- Bennet SJ, Oldridge NB, Eckert GJ et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. *Qual Life Res*. 2002;11:349-59.
- Franzen K, Saveman BI, Blomqvist K. Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2007;6:112-20.
- Gorkin L, Norvell NK, Rosen RC et al. Assessment of quality of life as observed from the baseline data of the Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) trial quality-of-life substudy. *Am J Cardiol*. 1993;71:1069-73.
- Cline CM, Willenheimer RB, Erhardt LR et al. Health-related quality of life in elderly patients with heart failure. *Scand Cardiovasc J*. 1999;33:278-85.
- Azevedo A, Bettencourt P, Alvelos M et al. Health-related quality of life and stages of heart failure. *Int J Cardiol*. 2008;129:238-44.
- Lewis EF, Lamas GA, O'Meara E et al. Characterization of health-related quality of life in heart failure patients with preserved versus low ejection fraction in CHARM. *European journal of heart failure*. 2007;9:83-91.
- Riegel B, Moser DK, Carlson B et al. Gender differences in quality of life are minimal in patients with heart failure. *J Card Fail*. 2003;9:42-8.
- Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML et al. Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart Lung*. 2001;30:105-16.
- Iqbal J, Francis L, Reid J et al. Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality. *European journal of heart failure*. 2010;12:1002-8.
- Luttik ML, Jaarsma T, Veeger N, van Veldhuisen DJ. Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2006;35:3-8.
- Heo S, Doering LV, Widener J, Moser DK. Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *Am J Crit Care*. 2008;17:124-32.
- Vasiliauskas D, Kavoliuniene A, Jasiukeviciene L et al. [Impact of a long-term complex rehabilitation on chronic fatigue and cardiorespiratory parameters in patients with chronic heart failure]. *Medicina (Kaunas)*. 2008;44:911-21.
- Pelegriño VM, Dantas RAS, Clark AM. Health-related Quality of Life Determinants in Outpatients With Heart Failure. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(3):451-7.

35. Dracup K, Walden JA, Stevenson LW, Brecht ML. Quality of life in patients with advanced heart failure. *J Heart Lung Transplant.* 1992;11:273-9.
36. 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;23:1867-76.
37. Holland R, Rechel B, Stepien K et al. Patients' self-assessed functional status in heart failure by New York Heart Association class: a prognostic predictor of hospitalizations, quality of life and death. *J Card Fail.* 2010;16:150-6.
38. Faller H, Stork S, Schuler M et al. Depression and disease severity as predictors of health-related quality of life in patients with chronic heart failure – a structural equation modeling approach. *J Card Fail.* 2009;15:286-92; e2.
39. Parajon T, Lupon J, Gonzalez B et al. [Use of the Minnesota Living With Heart Failure Quality of Life Questionnaire in Spain]. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:155-60.
40. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European journal of heart failure.* 2009;11:433-43.

Health-related quality of life in patients with severe heart failure

*Diana Rinkūnienė, Jūratė Jurkutė, Jolanta Laukaitienė, Silvija Bučytė, Renaldas Jurkevičius
Lithuanian University of Health Sciences*

Summary

Purpose. To estimate health-related quality of life among patients with severe heart failure (HF).

Materials and methods. 60 patients were included in our study. Health-related quality of life was evaluated using the Medical Outcomes Study 36-item Short Form questionnaire. Six-minute walk test and heart failure functional class according to New York Heart Association (NYHA) were used for clinical evaluation. Pearson's correlations were calculated between the continuous variables. Statistical analysis was performed using SPSS version 21.0, the significance level was 0.05.

Results. The study population consisted of 53 men (88.3 percent) and 7 women (11.7 percent), mean age 62.8 ± 9.8 years. HF due to ischemic cardiomyopathy was diagnosed in 31 (51.7 percent) patients. Most of the patients (86.7 percent) were in NYHA class III. The best health-related quality of life evaluation, in patients with severe heart failure, was found on vitality and pain scales, the worst – in physical functioning, role limitations due to physical problems and physical health area. Women assessed better mental health and men - physical, but the observed difference was not statistically significant.

Gender, age, NYHA and echocardiographic data had no significant influence on health-related quality of life. Moderate correlation was found between six-minute walk test and quality of life: physical activity ($r = 0.4$, $p = 0.06$) and role limitations due to emotional state ($r = 0.4$, $p = 0.02$) areas.

Conclusions. Our findings suggest, that the quality of life in patients with severe heart failure in physical health area was impaired the most. Patients' age, sex, heart failure functional class and echocardiographic parameters had no significant influence on health-related quality of life.

Keywords: heart failure, quality of life.

Correspondence to Diana Rinkūnienė

Department of Cardiology, Lithuanian University of Health Sciences
Eivenių 2, LT-50009 Kaunas, Lithuania
E-mail: diana.rinkuniene@gmail.com

*Received 14 April 2014,
accepted 30 May 2014*