

Možnosti hodnocení kvality života u nemocných s akutním infarktem myokardu

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

Mgr. Petra Šimánková

*Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě,
Ústav nelékařských zdravotnických studií*

Souhrn

1

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) patří mezi nejčastější příčiny mortality a morbidit ve vyspělých zemích. Včasná léčba infarktu myokardu (IM) má výrazný vliv na prognózu pacienta. Cílem léčby IM je co nejrychlejší obnovení průtoku krve v postižené koronární tepně. Kvalita života zahrnuje fyzickou, psychickou a sociální pohodu a je odrazem pocitů, jež prožívají pacienti, dotýkající se řady problémů a obav, které si sami uvědomují. K hodnocení kvality života (QoL) se používají rozličné hodnotící nástroje. Mohou to být nástroje generické a specifické. Specifické nástroje pro KVO byly vytvořené s cílem zjistit, jaký dopad mají jednotlivá onemocnění a jejich léčba na denní aktivity pacienta, psychosociální aspekty života apod. Po proběhlém IM je vhodné použít dotazník *Quality of Life after Myocardial infarction (QLMI)*.

Klíčová slova: akutní infarkt myokardu; režimová opatření; kvalita života; dotazník QLMI

Úvod

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) patří mezi nejčastější příčiny mortality a morbidit ve vyspělých zemích. Zlatohlávek (2021) uvádí, že za posledních 30 let došlo k regresi kardiovaskulární mortality ze zhruba 60 % na současných 40 %. Tohoto úspěchu bylo dosaženo cílenou a správnou intervencí všech rizikových faktorů aterosklerózy. Akutní

infarkt myokardu je závažnou život ohrožující formou akutní ischemické choroby srdeční (ICHS). Je jednou z nejčastějších příčin hospitalizace a běžně se vyskytuje u všech populací na celém světě. Včasná a progresivní léčba IM má výrazný vliv na zlepšení prognózy pacienta. Cílem léčby IM je co nejrychlejší obnovení průtoku v postižené koronární tepně, tzn. okamžitý transport pacienta do specializovaného kardiocentra, kde se provádí koronární katetrizace. Jedním z léčebných postupů při léčbě IM je perkutánní koronární intervence (PCI). V posledních letech je ČR v úspěšnosti léčby IM na předních místech. Nezastupitelnou pozici v léčbě má kardiorehabilitace. Jejím hlavním cílem je minimalizovat riziko návratu KVS, zvýšit fyzickou zdatnost a pozitivně ovlivnit kvalitu života.⁹ Pacienti po IM mohou vykazovat nejen zvýšenou nemocnost, ale také celkovou změnu v kvalitě života. V současné době se u pacientů po IM klade velký důraz na sekundární prevenci. Ta je zaměřena na dodržování režimových opatření a cílenou kontrolu rizikových faktorů. PCI zlepšuje prognózu akutního IM, dopad na kvalitu života není zcela signifikantně popsán. Vysoký podíl pacientů, kteří podstupují PCI, jsou lidé ve věku ≥ 70 . Poměrně málo studií se zaměřuje na potenciální rozdíly v kvalitě života, ke kterým dochází s věkem.

2

Kvalita života

Kvalita života zahrnuje fyzickou, psychickou a sociální pohodu a je odrazem pocitů, jež prožívají pacienti, dotýkající se řady problémů a obav, které si sami uvědomují. K faktorům ovlivňujícím sníženou kvalitu života řadíme život ohrožující povahu onemocnění, potřebu dlouhodobých změn životního stylu a dodržování režimových opatření. Koronární onemocnění ovlivňuje více dimenzí života, a to fyzické, duševní a sociální oblasti. IM mnoho pacientů prožívá jako nejvíce stresující životní událost. Stres má významný a trvalý dopad na kvalitu života pacientů. Po proběhlém akutním IM zažívají pacienti nejrůznější podoby stresu.³ 70 – 80 % pacientů pociťuje během akutní fáze IM silnou úzkost. Ošetřující personál by se měl v rámci ošetrovatelské péče zaměřit na redukci tísně a úzkosti pomocí technik a nástrojů na zvládnání stresu. Na zlepšení kvality života po IM mají pozitivní vliv rehabilitační programy.³

Současné definice kvality života v kontextu medicíny a zdravotnictví se opírají o pojetí zdraví dle WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Nejčastěji je zkoumána kvalita života ovlivněna zdravím (*Health related quality of life – HRQoL*), kdy je těžiště zkoumání posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Princip modelu je zaměřen na hodnocení rozsahu narušení uspokojování potřeb nemocného v důsledku nemoci nebo její léčby. Kvalita života hodnotí uspokojování aktuálních i dlouhodobých potřeb pacientů. Lze jej použít i jako ukazatel zdravotního stavu pacienta po propuštění po akutním IM. Nástroje založené na tomto modelu jsou schopny měřit celkový dopad nemoci a její léčby na pacienta.⁵ Kvalita života ovlivněná zdravím je specifikována jako „subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky“.⁵ V kontextu zdravotnictví je sledován dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní domény, které ve svém souhrnu určují kvalitu života.⁵ Kvalitu života lze v zásadě hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů. Pacienti po IM pociťují různé fyzické a psychosociální problémy, které ovlivňují jejich kvalitu života související se zdravím (HRQQL). Informace z HRQQL obsahují také mnoho dalších důležitých funkcí, jako je například zlepšení interakce mezi lékařem a pacientem, kvalita ošetření nebo lobování za větší finanční podporu od pojišťoven. Nejen z těchto důvodů je nutné efektivně posoudit HRQQL pacientů s danou chorobou. V posledních desetiletích zaznamenáváme, že pohled pacienta při sledování výsledků zdravotní péče je stejně legitimní a platný jako pohled lékaře.¹⁰ Hodnocení kvality života je v současné době poměrně samostatnou mezioborovou oblastí. Každým rokem se vyvíjejí ať už nové nebo upravované diagnostické nástroje, používané pro výzkumné účely i pro rutinní aplikaci v praxi. Těmito nástroji jsou většinou dotazníky.²

3

Hodnotící nástroje HRQoL

Generické nástroje

Kvalita života u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním je hodnocena pomocí generických nástrojů. Nejčastěji používané jsou *Sickness Impal Profile*, *Nottingham Health Profile*, *WHOQOL-BREF*, *European Quality of Life Questionnaire*, *Quality of Life Profile* a *RAND 36 – Item Health Survey (SF-36)*, *SF| 12* aj.¹²

Specifické nástroje

Specifické nástroje jsou výsledkem snahy o co nejpřesnější identifikaci faktorů ovlivňujících kvalitu života pacientů. Hodnotí poměrně úzké spektrum faktorů, které bezprostředně souvisí s konkrétním onemocněním.² Specifické nástroje pro KVS byly vytvořené s cílem zjistit, jaký dopad mají jednotlivá onemocnění a jejich léčba na denní aktivity pacienta, psychosociální aspekty života apod. Mezi nejčastěji používané dotazníky patří např. Dotazník kvality života s anginou pectoris (*Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire*), MacNew dotazník pro onemocnění srdce, *Quality of Life after Myocardial Infarction* pro pacienty po proběhlém IM. Pro pacienty s chronickým srdečním selháním je nejznámější Minnesotský dotazník, Kansas City aj. American Heart Association doporučuje posouzení kvality života související se zdravím (HRQoL) pro pacienty, kteří podstupují kardiovaskulární léčbu.^{8,13}

Hodnotící nástroj *MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire*

Standardizovaný dotazník *MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire* (MacNew QLMI) je modifikací původního QLMI. Tento dotazník je jednoduchý, okamžitě použitelný a je schopen účinně a rychle vyšetřit psychologické problémy nemocných po AIM. QLMI MacNew dotazník byl vyvinutý k zhodnocení efektivnosti a komplexnosti kardiovaskulární rehabilitace a k posouzení psychologických aspektů.⁴ Hodnotí každodenní aktivity, fyzické a emocionální a sociální vlivy ovlivněné srdečním onemocněním a její léčbou za poslední dva týdny. Konstruktová validita MacNew dotazníku byla provedena v anglické verzi a následně v různých jazykových překladech. Pro Českou republiku nebyla validita dotazníku realizována. MacNew dotazník byl vyvinutý k zhodnocení efektivnosti a komplexnosti kardiovaskulární rehabilitace a k posouzení psychologických aspektů. Je volně dostupný v originále na internetu. Původně se používala jeho zkrácená verze s 26 položkami, která obsahuje 3 oblasti – domény (emocionální, fyzickou a sociální) s hodnocením od 0 až 7, kde vyšší hodnocení znamená vyšší funkčnost. V současné době se používá jeho vylepšená verze s 27 položkami známá jako Mac-New neboli QLMI.¹¹ Dotazník se skládá z 27 otázek, které spadají do tří domén – fyzické, sociální a emoční. Otázky jsou uzavřené s výběrem jedné správné odpovědi. Maximální možné skóre dosažitelné v jakékoli otázce je 7 (vysoká HRQoL) a minimum je 1 (špatná HRQoL).

Úkolem respondenta je označit na Likertově škále číslo v rozmezí podle toho, které stanovisko vyjadřuje jeho postoj. Chybějící odpovědi nemají vliv na bodování (např. otázka 27 „sexuální styk“ může být vyloučena bez vlivu na bodování). V každé otázce se vypočítá její průměr (např. pokud je zodpovězeno pouze 10 ze 14 odpovědí z emoční domény, výsledek je průměr z 10 odpovědí). Pokud více než 50 % položek pro doménu chybí, nelze ji hodnotit. Výsledky vypočtené v jednotlivých doménách u konkrétních respondentů jsou zahrnuty do celkového průměru všech tří domén Smith et al., 2000; Halm, 2009; Haluzíková et al., 2020).

Studie, které byly realizovány a ve kterých bylo použito dotazníku QLMI uvádějí, že fyzická oblast je negativně ovlivněna u starších pacientů.^{1,4,7,8} Zhoršená fyzická aktivita souvisí se vzděláním, kdy pacienti s nižším vzděláním uvádějí horší fyzickou aktivitu. Haluzíková et al. (2020) uvádí, že fyzická aktivita je ovlivněna věkem. Kang et al. (2017) uvádí, že vyšší tolerance cvičení po 8-týdenním rehabilitačním programu slibovala lepší HRQoL, měřeno pomocí QLMI. Labudová et al. (2021) použila ve své práci dotazník QLMI a v oblasti sociální, fyzické a sociální zjistili statisticky významné rozdíly. Jejich výsledky potvrdily, že pacienti po IM, kteří měli pravidelnou pohybovou aktivitu, mají lepší kvalitu života než ti, kteří ji nevykonávají vůbec. Na QoL se signifikantní měrou podílí také vzdělání respondentů. Pacienti s nižším vzděláním měli nižší kvalitu života a sníženou fyzickou doménu než pacienti s vysokoškolským vzděláním.⁷ Pacienti starší > 73 let měli nižší QoL v doméně fyzické a emocionální.⁷ V sociální subškále měli nižší hodnocení pacienti starší 73 let. Autoři nenašli rozdíl v hodnocení QoL mezi pohlavími. Emocionální doménu nejlépe hodnotí respondenti ve studii Bahall et al., (2018), poté následuje doména sociální. Mahmoodi et al. (2018) sledovali pacienty po IM. Stanovili skupinu intervenční a kontrolní. Významné rozdílnosti se ukázaly především v doméně fyzické, poté v emoční a sociální. Vyšší kvalitu života vykazovala intervenční skupina. Haluzíková et al. (2020) zjišťovala, jak jednotlivé domény souvisí s fyzickou aktivitou. Fyzické a sociální domény částečně závisejí na četnosti fyzické aktivity jednotlivců a signifikantní rozdíl se ukázal mezi skupinami respondentů, kteří uvedli, že mají pravidelnou fyzickou aktivitu 1x týdně a skupinou respondentů, kteří se věnují fyzické aktivitě nepravidelně. V oblasti fyzické domény nebyl zjištěn významný rozdíl mezi muži a ženami. V oblasti emoční dosáhli muži lepších

výsledků než ženy. Z výsledků výzkumu vyplývá skutečnost, že respondenti hodnotili kvalitu života průměrně.

Nejen sestry by se měly aktivně podílet na edukaci pacientů v oblasti sekundární prevence. Dodržování režimových opatření, kontrola hmotnosti, a především pravidelná fyzická aktivita pacientů mohou vést ke zlepšení jejich fyzického stavu. Hodnocení QoL pacientů s IM nabízí cenné informace nejen o jejich zdravotním stavu, přináší ale také údaje o jejich reakci na léčbu.

Závěr

Vědecké studie uvádějí, že psychologická podpora a pravidelná fyzická aktivita mohou postupně zlepšit QoL. Kardiovaskulární rehabilitace je souhrn činností, jejichž cílem je postupné zlepšení fyzického a psychického stavu, kdy jsou pozitivně ovlivněny i sociální podmínky. Závěry studií také uvádějí, že psychologická podpora a pravidelná fyzická aktivita mohou postupně zlepšit QoL. Dotazník QLMI je vhodným nástrojem pro hodnocení QoL, bylo by vhodné jej validizovat pro Českou republiku.

6

Literatura

1. Bahall, M., Khan, K. Health, K. *Quality of life of patients with first-time AMI: a descriptive study. Health and Quality of Life Outcomes.* 2018; 16(32). doi: org/10.1186/s12955-018-0860-8.
2. Gurková, E. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum.* Praha: Grada, 2011.
3. Halm, M.A. *Relaxation: a self-care healing modality reduces harmful effects of anxiety. Am J Crit. Care.* 2009; 18(2):169-72.
4. Haluzíková, J., Jabůrková, P. *Kvalita života u nemocných po akutním infarktu myokardu. Kardiol Rev Int Med* 2020; 22(3): 123-127.
5. Hnilicová, H. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In. Payne a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005, s. 205-216.*
6. Höfer S, Lim L, Guyatt, G. et al. *The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary. Health and Quality of Life Outcomes.* 2004; 2:3: 1-8. doi 10.1186/1477-7525-2-3.

7. Chatzinikolaou, A., Tzikas, S., Lavdanit, M. Assessment of quality of life in patients with cardiovascular disease using the SF 36, MacNew and EQ-5D-5L questionnaires. *Cureus* 2021; 13(9): e17982. doi 10.7759/cureus.17982
8. Kang K, et al. Correlates of health-related quality of life in patients with myocardial infarction: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2017; 73:1-16. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.010.
9. Labudová, M., Šimonová, M., Zambojová, E. et al. Režimové opatrenia zlepšujú kvalitu života po infarkte myokardu. *Rehabil Fyz Lek* 2021; 28(1): 12 – 16.
10. Mahmoodi, M., Shan, G.R.M., Kamkar, M.Z. et al. Impact of relaxation training and exercise on quality of life in postmyocardial infarction patients: A randomized clinical trial. *Evidence Based Care J*, 2018; 8(3):75-80. doi: 10.22038/EBCJ.2018.32263.1808.
11. Smith HJ, Taylor R, Mitchell A, A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF-36, QLI, QLMI and SEIQoL. 2000; *Heart*: 84:390-394. doi: 10.1136/heart.84.4.390.
12. Voborník M, et al. Kvalita života po chirurgické revaskularizaci myokardu – je operační přístup rozhodující? *Intervenční a akutní kardiologie*. 2015; 14(4): 144-147.
13. Yeng et al. Factors influencing health-related quality of life after primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction. *Applied Nursing Research*. 2015; 30: 237-244. doi.org/10.1016/j.apnr.2015.09.002.
14. Zlatohlávek, L. Kardiovaskulární prevence: časná a důsledná prevence versus pozdní intervence, komplexní přístup k léčbě ovlivnitelných rizikových faktorů: hypertenze a dyslipidemie. *Vniř Lék* 2021; 67(7): 412-418.