

## مقاله مروری

## مراقبت تسکینی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی: یک مطالعه مروری

\* حمید پیروی<sup>۱</sup>، دکترای پرستاری

## خلاصه

**هدف.** این مطالعه مروری با هدف بررسی مراقبت تسکینی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد. **زمینه.** نارسایی قلبی به عنوان سندرم اختلال قلبی پاتوفیزیولوژی‌های متنوعی دارد. پیشرفت در دانش مربوط به این بیماری منجر به بهبود بقای افراد مبتلا شده است، اما شیوع و بروز آن روند افزایشی دارد. درمان کامل این بیماری به ندرت امکان‌پذیر است و به عنوان یک بیماری مزمن منجر به درگیری بیمار، خانواده و سیستم ارائه خدمات سلامتی به میزان قابل توجه می‌شود. مراقبت از بیمار مبتلا به نارسایی قلبی پدیده‌ای پیچیده است و با پیشرفت بیماری به مراحل انتهایی، سهم مراقبت تسکینی در این بیماران بیشتر می‌شود. **روش کار.** در این مطالعه مروری برای جمع‌آوری داده‌ها از پایگاه‌های داده‌های علمی و موتورهای جست‌وجو نظیر PubMed, Scopus, SID, و Web of Science برای یافتن متون منتشرشده از ابتدای سال ۲۰۰۰ تا سال ۲۰۱۷ استفاده شد. کلیدواژه‌های مورد استفاده برای جست‌وجو شامل heart failure, palliative care و معادل فارسی آنها بودند. مقالات فارسی و انگلیسی که درباره موضوع مشترک نارسایی قلبی و مراقبت تسکینی و دارای متن کامل قابل دسترس بودند مورد بررسی قرار گرفتند **یافته‌ها.** در مجموع ۳۶ مقاله انگلیسی و یک مقاله فارسی مورد بررسی قرار گرفتند. تعریف مراقبت تسکینی، دیدگاه‌ها نسبت به مراقبت تسکینی، درمان دارویی تسکینی، انواع ارائه‌دهندگان مراقبت تسکینی، مدل‌های ارائه مراقبت تسکینی، ارائه مراقبت تسکینی به مراقبین خانوادگی، و آینده مراقبت تسکینی از موضوعات مطرح در مقالات مورد بررسی بودند که به تفصیل در این مقاله توضیح داده شده‌اند. **نتیجه‌گیری.** مراقبت تسکینی برای افراد مبتلا به نارسایی قلبی باید هم‌راستا و هم‌زمان با برنامه درمانی این بیماران در نظر گرفته شود. توجه ویژه به گسترش مراقبت تسکینی تخصصی و برنامه‌ریزی درازمدت برای مراقبت تسکینی اولیه توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: نارسایی قلبی، مراقبت تسکینی، مطالعه مروری

## مقدمه

نارسایی قلبی سندرم اختلال قلبی است که خود را با علائم تنگی نفس، خستگی و احتباس مایعات نشان می‌دهد و پاتوفیزیولوژی - های متنوعی دارد (یانسی و همکاران، ۲۰۱۳). پیشرفت در دانش مربوط به پاتوفیزیولوژی، تشخیص و درمان نارسایی قلبی منجر به بهبود بقای افراد مبتلا شده است (راجر و همکاران، ۲۰۰۴)، اما شیوع و بروز آن رو به افزایش است (مظفریان و همکاران، ۲۰۱۶). علاوه بر این، اقدامات، به ندرت منجر به درمان کامل بیماری می‌شوند (تو و همکاران، ۲۰۰۹). بر این اساس، مواردی نظیر ناخوشی ناشی از بیماری و بستری در بیمارستان برای این افراد بسیار معمول است و منجر به درگیری بیمار، خانواده و سیستم ارائه خدمات سلامتی به میزان قابل توجه می‌شود (پونیکوفسکی و همکاران، ۲۰۱۴).

مراقبت از بیمار مبتلا به نارسایی قلبی پدیده‌ای پیچیده است و تحت تاثیر عوامل جسمی، شناختی، اجتماعی و محیطی قرار دارد (وونگ و همکاران، ۲۰۱۱). با پیشرفت بیماری به مراحل انتهایی، مدیریت علائم جسمی، روانی و معنوی و برنامه مراقبت پیشرفته در کانون توجه اقدامات مراقبتی قرار می‌گیرد (دیوپ و همکاران، ۲۰۱۷). مراقبت تسکینی به عنوان رویکردی چندرشته‌ای از نیازهای بیماران مبتلا به بیماری مزمن از جمله نارسایی قلبی است. تمرکز مراقبت تسکینی بر کیفیت زندگی و مرگ توأم با آرامش و خوب است (دیون-ادوم و همکاران، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان داده‌اند که مراقبت تسکینی در نارسایی قلبی موجب بهبود کنترل علائم بیماری، بهبود کیفیت زندگی بیمار و مراقب وی، بهبود خلق، کاهش بستری مجدد در بیمارستان و صرفه‌جویی در هزینه‌ها می‌شود (ویسکار، توما، و راش، ۲۰۱۸). در مطالعه‌ای که در ایران بر روی ۱۰۰ فرد مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد مشخص گردید که مراقبت تسکینی با کیفیت زندگی این بیماران ارتباط دارد (بهادر، نوحی، و جهانی، ۱۳۹۵). هدف این مقاله مروری، معرفی مراقبت تسکینی برای افراد مبتلا به نارسایی قلبی است.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه مروری برای جمع‌آوری داده‌ها از پایگاه‌های داده‌های علمی و موتورهای جست‌وجو شامل PubMed، Scopus، SID و Web of Science برای یافتن متون منتشرشده از ابتدای سال ۲۰۰۰ تا سال ۲۰۱۷ استفاده شد. کلیدواژه‌های مورد استفاده برای جست‌وجو شامل heart failure، palliative care و معادل فارسی آنها بودند. مقالات فارسی و انگلیسی که درباره موضوع مشترک نارسایی قلبی و مراقبت تسکینی و دارای متن کامل قابل دسترس بودند مورد بررسی قرار گرفتند. در مجموع، ۳۶ مقاله انگلیسی و یک مقاله فارسی وارد مطالعه شدند.

## یافته‌ها

**تعریف مراقبت تسکینی.** سازمان جهانی بهداشت، مراقبت تسکینی را "رویکردی مراقبتی که کیفیت زندگی را برای بیماران دچار ناخوشی‌های محدودکننده زندگی و خانواده‌های آنها از طریق پیشگیری و رفع رنجش جسمی، روان‌شناختی و معنوی بهبود می‌بخشد" تعریف می‌کند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴). بر اساس تعریف "آکادمی هاسپس و پزشکی تسکینی آمریکا"، مراقبت تسکینی عبارت از "بهبود کیفیت زندگی از طریق مدیریت درد و دیگر علائم پریشان‌کننده یک ناخوشی جدی" است. مراقبت تسکینی، هم به صورت همراه با دیگر درمان‌های پزشکی و هم در مراحل انتهایی بیماری مورد توجه قرار می‌گیرد (هریتس، ۲۰۱۸). با وجود اینکه هدف مراقبت تسکینی بهبود کیفیت زندگی است و انتظار نمی‌رود تغییری در مدت زنده ماندن فرد بدهد، اما مطالعه کانر و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که مراقبت تسکینی بقای بیماران را در بازه زمانی ۳ ساله، حدود ۸۱ روز افزایش داده است. مراقبت تسکینی اکنون به صورت یک تخصص در حوزه مراقبت مطرح شده است.

**نگاه به مراقبت تسکینی برای نارسایی قلبی.** در گذشته، رویکرد غالب نسبت به مراقبت تسکینی به این صورت بود که آن را پدیده - ای جدا و در مقابل درمان می‌دانستند (کاوالیه‌راتوس و همکاران، ۲۰۱۴)، اما این دیدگاه تغییر یافته است. در واقع، تلفیق حوزه‌های مختلف مراقبت تسکینی با فرآیند درمان در سیر بیماری نارسایی قلبی مورد توجه قرار گرفته است. اقداماتی نظیر مدیریت علائم و تعیین قیم به عنوان فرد تصمیم‌گیرنده برای بیمار از موارد مراقبت تسکینی است. با توجه به احتمال ناهمخوانی بین معیارهای عینی

شدت بیماری (مثلا کسر تخلیه‌ای) و پیامدهای گزارش شده توسط بیمار (مثلا علائم بیماری و کیفیت زندگی) مهم است که این پیامدها به طور پیوسته پایش شوند تا مراقبتی بیمارمحور به وی ارائه شود (کاوالیه‌راتوس و همکاران، ۲۰۱۷). زمان مناسب برای تلفیق مراقبت تسکینی در فرآیند درمان متغیر است و بازتابی از نیاز هر بیمار است، نه پیش‌آگهی بیماری. همچنین، بستری بیمار در هاسپس معمولاً زمانی صورت می‌گیرد که تخمین زده شود بیمار کمتر از ۶ ماه زنده می‌ماند و اینکه قرار نیست پروسیجرهایی برای افزایش طول عمر بیمار انجام شود (کاوالیه‌راتوس و همکاران، ۲۰۱۷)، بنابراین، اکنون نمی‌توان این دیدگاه را پذیرفت که مراقبت تسکینی باید پس از ناامید شدن از اثربخشی اقدامات درمانی آغاز شود. اهمیت مراقبت تسکینی برای بیماران با نارسایی قلبی به گونه‌ای است که در راهنماهای بالینی کالج کاردیولوژی آمریکا و انجمن قلب آمریکا در به روزرسانی سال ۲۰۰۵، مراقبت پایان حیات برای افراد با نارسایی قلبی به عنوان توصیه دسته IA گنجانده شد (کانر و همکاران، ۲۰۰۷)، به این معنی که لازم است بحث‌های پیوسته‌ای با بیماران و اعضای خانواده آنها درباره پیش‌آگهی بیماری از نظر ظرفیت عملکردی بیمار و مدت زنده ماندن وی، لزوم تهیه سند رسمی مربوط به خواسته‌های بیمار در زمانی که قادر به تصمیم‌گیری نیست (advance directives)، مراقبت تسکینی و مراقبت هاسپس، امکان غیرفعال‌سازی دفیبریلاتور قلبی کاشتتی، و متمرکز کردن مراقبت‌ها بر مدیریت علائم صورت گیرد (قشقایی، یوسف‌زای و آدلر، ۲۰۱۶).

**درمان دارویی تسکینی در نارسایی قلبی.** رفع علائم از مهمترین اهداف مراقبت تسکینی است. با پیشرفت بیماری نارسایی قلبی که با مواردی همچون احتباس مایعات مقاوم به درمان و کاهش پیوسته برون‌ده قلبی همراه است، ممکن است لازم باشد درمان‌هایی که آزاردهنده هستند ولی کمکی به رفع علائم نمی‌کنند قطع شوند؛ مثلاً درمان با بتابلوکرها و مهارکننده‌های آنزیم تبدیل‌کننده آنژیوتنژین ممکن است با این استدلال که این داروها اثرات جانبی متعددی مانند خستگی و کاهش فشار خون دارند متوقف گردند. درمان با دیورتیک‌ها (به صورت خوراکی یا وریدی در منزل یا هاسپس) باید در سراسر فرآیند بیماری ادامه یابد زیرا به بهبود علائم کمک می‌کند (قشقایی، یوسف‌زای و آدلر، ۲۰۱۶). استفاده از اینوتروپ‌ها به صورت پیوسته در روزهای پایانی افزایش می‌یابد تا بتوان بیمار را برای گذراندن روزهای پایانی در منزل و در کنار اعضای خانواده در وضعیتی مطلوب‌تر قرار داد (استیونسون، ۲۰۰۳).

درد از علائم اصلی در بیمار مبتلا به نارسایی قلبی پیشرفته است. درد ممکن است ناشی از علل قلبی، ناخوشی‌های همراه مانند نوروپاتی دیابتی یا آرتروز، و دیگر علل باشد. استفاده از مخدرها و نیترات‌ها در مقادیر کم نیز ممکن است به بهبود علائم کمک کنند؛ نیترات‌ها می‌توانند دردهای آنژیینی را تخفیف دهند و مخدرها می‌توانند به بهبود تنگی نفس و درد کمک نمایند. اقداماتی نظیر طب سوزنی، ورزش و موسیقی نیز برای مدیریت درد توصیه شده‌اند. برای مدیریت درد نباید از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی استفاده کرد زیرا ممکن است منجر به احتباس مایعات و نارسایی کلیوی شوند (قشقایی، یوسف‌زای و آدلر، ۲۰۱۶).

افسردگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شایع است و مشخص شده است که با بروز مرگ دارای ارتباط است (راتلگ و همکاران، ۲۰۰۶). (سایدباتم، یورگنسن و ریچاردز، ۲۰۱۵). داروهای در دسترس برای درمان افسردگی شامل مهارکننده‌های باز-ورود سروتونین، مهارکننده‌های باز-ورود نوراپی‌نفرین، و ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای هستند؛ مداخلات روان‌شناختی مانند درمان شناختی-رفتاری و درمان حمایتی نیز نقش مهمی در بهبود افسردگی دارند (قشقایی، یوسف‌زای و آدلر، ۲۰۱۶).

**راه‌های ارائه مراقبت تسکینی.** مراقبت تسکینی را می‌توان به دو طریق ارائه داد که وجه تمایز آنها با یکدیگر در تخصص ارائه‌دهنده مراقبت تسکینی است. ارائه مراقبت تسکینی توسط متخصص مراقبت تسکینی به این صورت است که فردی با آموزش یکی دوساله به صورت فلوشیپ در زمینه مراقبت تسکینی به عنوان مشاور یا همکار پزشک اصلی بیمار به تامین نیازهای تسکینی بیمار در کنار پزشکی که بیماری را مدیریت می‌کند می‌پردازد، در حالی که "مراقبت تسکینی اولیه" یا مراقبت تسکینی عمومی به معنای ارائه مراقبت تسکینی لازم برای بیمار توسط متخصص بالینی فاقد آموزش تخصصی در زمینه مراقبت تسکینی است که این فرد برای بیمار مبتلا به نارسایی قلبی می‌تواند پزشک متخصص داخلی، قلب، پرستار قلب، یا پزشک متخصص نارسایی قلبی باشد (کیل و آبرتنی، ۲۰۱۳). ایده‌آل این است که بیماران بتوانند از خدمات مراقبت تسکینی تخصصی بهره‌مند شوند، اما آنچه ارائه مراقبت تسکینی اولیه را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد عدم وجود تعداد کافی افراد متخصص در این زمینه و عدم دسترسی مناسب بیماران به این افراد است. بر این اساس، نیاز آموزشی افرادی را که قرار است مراقبت تسکینی اولیه ارائه دهند باید از طریق برنامه‌های آموزشی در قالب‌های مختلف برآورده ساخت تا ایشان بتوانند شایستگی‌های مربوط به ارائه مراقبت تسکینی را در زمینه موضوعاتی از جمله

پیش‌بینی سیر وضعیت بیمار؛ ارتباط؛ توضیح اهداف مراقبت، مراقبت پایان زندگی و احیاء؛ دانستن مفهوم مراقبت تسکینی؛ ارجاع به موقع به متخصص مراقبت تسکینی؛ تسکین علائم؛ و غیرفعال کردن وسایل کنترل ریتم قلب کسب نمایند (مونوز مندوزا، ۲۰۱۵). به عنوان مثال، مرکز توسعه مراقبت تسکینی (Center to Advance Palliative Care) برنامه آموزشی مهارت‌های بالینی مبتنی بر وب طراحی کرده است که بر مدیریت درد، مهارت‌های ارتباط، و مدیریت علائم تمرکز دارد و از طریق آدرس [www.capc.org](http://www.capc.org) قابل دسترسی است. همچنین، برنامه‌ای با عنوان آموزش مراقبت تسکینی و مراقبت پایان زندگی که از سال ۱۳۹۷ آغاز شده است برنامه‌ای را برای آموزش افراد حرفه‌ای مراقبت سلامتی با هر زمینه تخصصی فراهم کرده است تا ایشان را در زمینه مراقبت تسکینی توانمند سازد و از طریق آدرس <http://bioethics.northwestern.edu/programs/epec/> در دسترس است. منبع دیگر برای آموزش مراقبت تسکینی پروژه "کنسرسیوم آموزش پرستاری پایان زندگی" (ELNEC) است که با هدف بهبود مراقبت تسکینی تدوین شده است و از طریق آموزش اعضای هیئت علمی رشته پرستاری توسط انجمن کالج‌های پرستاری آمریکا اجرا می‌شود (<http://www.aacn.nche.edu/elneec>).

**مدل‌های تلفیق مراقبت تسکینی با مراقبت معمول برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی.** در مدل‌های مربوط به تلفیق مراقبت تسکینی در مراقبت معمول، حوزه‌های اصلی مراقبت تسکینی از جمله برقراری ارتباط درباره اهداف مراقبت، تصمیم‌گیری تیم درمان با بیمار و خانواده به طور مشترک، برنامه‌ریزی مراقبت برای زمانی که بیمار قدرت تصمیم‌گیری ندارد، و مدیریت علائم در نظر گرفته شده‌اند. بر اساس این مدل‌ها، مراقبت می‌تواند در مرکز درمانی، به صورت سرپایی، و در منزل ارائه شود. یکی از مدل‌های ارائه مراقبت تسکینی که توسط سایدباتم و همکاران (۲۰۱۵) معرفی شده است، "مشاوره مراقبت تسکینی در مرکز درمانی" نام دارد که شامل تیمی بین‌رشته‌ای متشکل از پزشک، پرستار متخصص، مددکار اجتماعی و فرد روحانی است و مشخص شده است که باعث بهبود علائم در پیگیری‌های یک و سه ماهه شده است. حوزه‌های مراقبت تسکینی که در این مدل مورد توجه قرار گرفتند شامل مدیریت درد و برنامه‌ریزی مراقبت برای زمانی که بیمار قدرت تصمیم‌گیری ندارد بودند.

مدل دیگر ارائه مراقبت تسکینی، "مراقبت تسکینی مبتنی بر تله‌مدیسی و در منزل" است که مشخص شده است می‌تواند پیامدهای بیماری را بهبود بخشد (دیونه اودوم و همکاران، ۲۰۱۴). در مدلی به نام "مراقبت همکارانه برای رفع علائم و سازگاری با ناخوشی" که به اختصار CASA نامیده شد، همراه با مراقبت معمول، مداخلاتی از جمله برقراری ارتباط درباره اهداف مراقبت و تصمیم‌گیری، حمایت روان‌شناختی، و تهیه زندگی‌نامه بودند (بکلن و همکاران، ۲۰۱۴). مشخص شده است که این مدل منجر به رضایت بیمار و خانواده و کاهش فرسودگی مراقب خانوادگی می‌شود. در این مدل، اعضای خانواده نیز در کانون دریافت مراقبت تسکینی قرار دارند. مشخص شده است که "مدل مراقبت تسکینی به صورت سرپایی" به صورت طولانی مدت می‌تواند برنامه‌ریزی مراقبت برای زمانی که بیمار قدرت تصمیم‌گیری ندارد را بهبود بخشد (بکلن، ۲۰۱۱). روشن است که تنوع مدل‌های ارائه مراقبت تسکینی بیش از آنچه است که در اینجا معرفی شد. در این مقاله تنها با ذکر نمونه‌هایی سعی شد اصلی‌ترین مدل‌ها معرفی گردند.

**مراقبت تسکینی و مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به نارسایی قلبی.** بیش از ۲۳ میلیون فرد مبتلا به نارسایی قلبی در سراسر جهان از مراقبت توسط اعضای خانواده بهره می‌برند، مراقبتی که برای حفظ سلامتی و کیفیت زندگی ضروری است (بوی، هورویچ و فونارو، ۲۰۱۱). متخصصان مراقبت تسکینی نقش مهمی برای مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به نارسایی قلبی ایفا می‌کنند زیرا یکی از اجزای اساسی مراقبت تسکینی بررسی مراقبین خانوادگی و تدوین برنامه مراقبتی متناسب با نیازهای منحصر به فرد این مراقبین است (پروژه اجماع ملی، ۲۰۱۳). انجمن قلب آمریکا نیز بر اهمیت در نظر گرفتن مراقبین افراد مبتلا به نارسایی قلبی در مراقبت تسکینی این بیماران با هدف مدیریت نیازهای پیچیده بیماران و بدین وسیله، کاهش بار مراقبتی مراقبین خانوادگی تاکید کرده است (براون و همکاران، ۲۰۱۶).

**آینده مراقبت تسکینی در بیماری نارسایی قلبی.** تلفیق مراقبت تسکینی در فرآیند درمان نارسایی قلبی پیشرفته به دلایل متعدد چالش برانگیز است. سیر بیماری نارسایی قلبی بر خلاف مواردی نظیر بدخیمی، غیرقابل پیش‌بینی است و شناسایی بیمارانی که در معرض خطر بیشتری برای افت شرایط بالینی هستند مشکل است (ویسکار، توما، و راش، ۲۰۱۸). سیستم‌های نمره‌دهی متعددی برای پیش‌بینی احتمال مرگ در بیماری نارسایی قلبی تدوین شده‌اند (لی و همکاران، ۲۰۰۳؛ فونارو و همکاران، ۲۰۰۵؛ هیون و همکاران، ۲۰۰۸؛ هاگا و همکاران، ۲۰۱۲؛ موراد و همکاران، ۲۰۱۵؛ می‌ریز و گودلین، ۲۰۱۶)، ولی قدرت پیش‌بینی آنها پایین است.

درک نادرست در بین بیماران و پزشکان از موارد دیگر است. بیماران معمولاً شدت بیماری را کمتر از حد واقعی تخمین می‌زنند و پیش‌آگهی بیمار را بهتر از حد واقعی تصور می‌کنند و بنابراین ممکن است به این نتیجه برسند که مراقبت تسکینی کمکی به آنها نمی‌کند (آلونسو، هوپسی و کیتکو، ۲۰۱۷). پزشکان معمولاً تصور می‌کنند اقدام مراقبت تسکینی به معنای شکست در فرآیند درمان است و این دو پدیده را جدا از یکدیگر در نظر می‌گیرند (چینگ و همکاران، ۲۰۱۵). چالش دیگر در مسیر ارائه مراقبت تسکینی برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، نیاز به افزایش آموزش در زمینه مراقبت تسکینی از این بیماران است. کسب مهارت مراقبت تسکینی برای افراد حرفه‌ای که به افراد مبتلا به نارسایی قلبی خدمت ارائه می‌کنند (مثلاً پزشک متخصص داخلی، قلب، پرستار قلب، یا پزشک متخصص نارسایی قلبی) باید به عنوان یکی از بخش‌های مهم برنامه آموزشی این افراد در نظر گرفته شود.

### نتیجه‌گیری

نارسایی قلبی به عنوان پدیده‌ای پیچیده و مزمن، ارائه مراقبت تسکینی به بیمار را ضروری می‌سازد. مراقبت تسکینی برای افراد مبتلا به نارسایی قلبی باید هم‌راستا و هم‌زمان با برنامه درمانی این بیماران در نظر گرفته شود. با توجه به جمعیت قابل توجه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، توجه ویژه به گسترش مراقبت تسکینی عمومی و برنامه‌ریزی درازمدت برای مراقبت تسکینی اولیه توصیه می‌شود. تلاش برای تلفیق مراقبت تسکینی با مراقبت معمول برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی موضوعی است که منجر به ارائه مدل‌های مختلف مراقبت شده است و تحقیقات در این زمینه ادامه دارد.

### منابع فارسی

بهادر، رس، نوحی، ع. و جهانی، ی. ۱۳۹۵. ارتباط ارائه مراقبت تسکینی با کیفیت زندگی در مبتلایان به نارسایی مزمن قلبی در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳. مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۴(۴)، ۳۵-۴۶.

### منابع انگلیسی

- AAHPM and the Specialty of Hospice and Palliative Medicine. Available at: <http://aahpm.org/about/about>. Accessed Aug 18, 2018.
- Alonso W., Hupcey J.E., Kitko L. (2017). Caregivers' perceptions of illness severity and end of life service utilization in advanced heart failure. *Heart Lung*; 46(1):35-9.
- Bekelman D.B., Hooker S., Nowels C.T. et al. (2014). Feasibility and acceptability of a collaborative care intervention to improve symptoms and quality of life in chronic heart failure: mixed methods pilot trial. *J Palliat Med*; 17(2):145-151.
- Bekelman D.B., Nowels C.T., Allen L.A. et al. (2011). Outpatient palliative care for chronic heart failure: a case series. *J Palliat Med*; 14(7):815-821.
- Braun L.T., et al. (2016). Palliative care and cardiovascular disease and stroke: A policy statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation*.
- Bui A.L., Horwich T.B., Fonarow G.C. (2011). Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat Rev Cardiol*; 8(1):30-41.
- Cheang M.H., Rose G., Cheung C-C., Thomas M. (2015). Current challenges in palliative care provision for heart failure in the UK: A survey on the perspectives of palliative care professionals. *Open Heart*; 2(1):e000188.
- Connor SR, Pyenson B, Fitch K, et al. (2007). Comparing hospice and non hospice patient survival among patients who die within a three-year window. *J Pain Symptom Manage*; 33:238-246.
- Dionne-Odom J.N., Kono A., Frost J. et al. (2014). Translating and testing the ENABLE: CHF-PC concurrent palliative care model for older adults with heart failure and their family caregivers. *J Palliat Med*; 17(9):995-1004
- Diop M.S., Rudolph J.L., Zimmerman K.M., Richter M.A., Skarf L.M. (2017). Palliative care interventions for patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *J Palliat Med*; 20(1):84-92. Epub 2016 Dec 2. Review.
- Fonarow G.C., Adams K.F.J., Abraham W.T., Yancy C.W., Boscardin W.J. (2005). Risk stratification for in-hospital mortality in acutely decompensated heart failure: classification and regression tree analysis. *JAMA*; 293(5):572-80.
- Ghashghaei R., Yousefzai R., and Adler E. (2016). Palliative care in heart failure. *Prog Cardiovasc Dis*; 58:455-460.

- Haga K., Murray S., Reid J., Ness A., O'Donnell M., Yellowlees D. et al. (2012). Identifying community based chronic heart failure patients in the last year of life: a comparison of the gold standards framework prognostic indicator guide and the seattle heart failure model. *Heart*; 98(7):579-83.
- Hritz C.M. (2018). Palliative therapy in heart failure. *Heart Fail Clin*; 14(4):617-624.
- Huynh B.C., Rovner A., Rich M.W. (2008). Identification of older patients with heart failure who may be candidates for hospice care: development of a simple four-item risk score. *J Am Geriatr Soc*; 56(6):1111-1115.
- Kavalieratos D., Mitchell E.M., Carey T.S. et al. (2014). "Not the 'grim reaper service'": An assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *J Amer Heart Assn*; 3:e544-e544.
- Kavalieratos D., Gelfman L.P., Tycon L.E., Riegel B., Bekelman D.B., Ikejiani D., et al. (2017). Integration of palliative care in heart failure: rationale, evidence, and future priorities *J Am Coll Cardiol*; 70(15): 1919-1930.
- Lee D.S., Austin P.C., Rouleau J.L., Liu P.P., Naimark D. (2003). Predicting mortality among patients hospitalized for heart failure: derivation and validation of a clinical model. *JAMA*; 290(19):2581-7.
- Meyers D.E., Goodlin S.J. (2016). End-of-life decisions and palliative care in advanced heart failure. *Can J Cardiol*; 32(9):1148-56.
- Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S. et al. (2016). Executive summary: Heart disease and stroke statistics—2016 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*; 133:447.
- Munoz-Mendoza J. (2015). Competencies in palliative care for cardiology fellows. *J Am Coll Cardiol*; 65 (7):750-752.
- Murad K., Goff D.C., Morgan T.M., Burke G.L., Bartz T.M., Kizer J.R., et al. (2015). Burden of comorbidities and functional and cognitive impairments in elderly patients at the initial diagnosis of heart failure and their impact on total mortality: the cardiovascular health study. *JACC Heart Fail*; 3(7):542-50.
- National Consensus Project. (2013). Clinical practice guidelines for quality palliative care. Pittsburgh, PA.
- Ponikowski P., Anker S.D., AlHabib K.F. et al. (2014). Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Fail*; 1(1):4-25.
- Quill T.E., Abernethy A.P. (2013). Generalist plus specialist palliative care—creating a more sustainable model. *N Engl J Med*; 368(13):1173-1175.
- Roger V.L., Weston S.A., Redfield M.M. et al. (2004). Trends in heart failure incidence and survival in a community-based population. *JAMA*; 292:344-350.
- Rutledge T., Reis V.A., Linke S.E., Greenberg B.H., Mills P.J. (2006). Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol*; 48(8): 1527-1537.
- Sidebottom A.B., Jorgenson A., Richards H. et al. (2015). Inpatient palliative care for patients with acute heart failure: outcomes from a randomized trial. *J Palliat Med*; 16(2):134-142.
- Stevenson L.W. (2003). Clinical use of inotropic therapy for heart failure: looking backward or forward, II: chronic inotropic therapy. *Circulation*; 108:492-497.
- Tu J.V., Nardi L., Fang J., Liu J., Khalid L., Johansen H. (2009). Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team. National trends in rates of death and hospital admissions related to acute myocardial infarction, heart failure and stroke, 1994-2004. *CMAJ*; 180:E118-25.
- Wiskar K., Toma M., and Rush B. (2018). Palliative care in heart failure. *Trends Cardiovasc Med*; 28:445-450.
- Wong C.Y., Chaudhry S.I., Desai M.M., Krumholz H.M. (2011). Trends in comorbidity, disability, and polypharmacy in heart failure. *Am J Med*; 124:136-143.
- World Health Organization. (2014). WHO definition of palliative care [Internet]. Available from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Yancy C.W., Jessup M., Bozkurt B. et al. (2013). ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*; 62:e147-239.

## Review Article

**Palliative care in people with heart failure: A literature review****\* Hamid Peyrovi<sup>1</sup>, PhD****Abstract**

**Aim.** This study was conducted to investigate palliative care in people with heart failure.

**Background.** Heart failure as a syndrome of cardiac dysfunction has a variety of pathophysiology. Progress in knowledge related to heart failure has led to improvement in survival, but the incidence and prevalence of the syndrome is incremental. Cure of the disease is rarely possible and as a chronic disease it can significantly affect the patient, family and health care system. Providing care for patients with heart failure is a complex phenomenon and as the disease progresses to the late stages, palliative care takes a larger part of the caring.

**Method.** In this review study, scientific databases and search engines such as SID, Scopus, PubMed, and Web of Science were searched for to find articles published from the beginning of 2000 to 2017. The keywords used for the search included heart failure, palliative care and their Persian equivalent. Papers in Persian and English that were available on the common theme of heart failure and palliative care were reviewed.

**Findings.** A total of 36 English and one Persian article were reviewed. The definitions of palliative care, views on palliative care, palliative care drugs, types of palliative care providers, palliative care models, palliative care delivery to family caregivers, and the future of palliative care were the topics covered in the reviewed articles.

**Conclusion.** Palliative care for people with heart failure should be considered in line with the treatment plan of these patients. Special attention should be paid to development of specialty palliative care and long-term planning for primary palliative care.

**Keywords:** Heart failure, Palliative care, Literature review

---

1 Professor, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding Author) email: peyrovi.h@iums.ac.ir