

OCENA SAMOOPIEKI W NIEWYDOLNOŚCI SERCA – NARZĘDZIA BADAWCZE

The assessment of self-care in heart failure – research tools

Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska, Marta Wleklik

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Rosnąca zachorowalność na choroby układu krążenia, w szczególności na niewydolność krążenia, a także związany z tym wzrost kosztów terapii stwarzają konieczność optymalizacji opieki nad chorymi ze schorzeniami z tej grupy. Jednym z postulowanych rozwiązań tego problemu jest wdrożenie modelu opieki holistycznej, w którym pacjent jest nie tylko podmiotem świadczeń medycznych, ale również bierze aktywny udział w procesie terapii. Osiągnięcie tego celu wymaga budowania świadomości zdrowotnej chorego i związanych z tym działań edukacyjnych. Stwierdzono też, że działania edukacyjne przynoszą najlepsze efekty, jeśli są ukierunkowane na promocję samoopieki. W przypadku pacjentów z niewydolnością krążenia pojęcie samoopieki obejmuje odpowiednie dawkowanie przepisanych leków, modyfikację stylu życia – w tym diety i poziomu aktywności fizycznej oraz umiejętność rozpoznawania i reagowania na pierwsze symptomy dekompensacji. W pracy przedstawiono narzędzia badawcze do oceny samoopieki w niewydolności serca.

Słowa kluczowe: niewydolność serca, samoopieka, narzędzia badawcze.

SUMMARY

The increasing incidence of cardiovascular disease, especially circulatory insufficiency, and the related increases in treatment costs necessitate the optimization of care for cardiovascular patients. One suggested solution is the introduction of holistic care, whereby the patient is not only the receiver of medical care, but also an active participant of the treatment process. This requires the development of patients' health awareness through relevant educational efforts. It has also been stated that education is the most effective if it is directed towards promoting self-care. In the case of patients with circulatory insufficiency, the notion of self-care comprises the proper dosage of prescribed medicines, lifestyle changes including appropriate diet and exercise, and the ability to identify and respond to early symptoms of decompensation. The paper presents research instruments for evaluating self-care in patients with heart failure.

Key words: heart failure, self-care, research tools.

WSTĘP

Niewydolność serca (NS) uznano w latach dziewięćdziesiątych XX wieku za epidemię. Na przewlekłą niewydolność serca choruje około 26 mln ludzi na świecie, w populacji Europejskiej około 1–2% (7,5–15 mln), natomiast w Polsce około 1 mln [1–3]. Dane epidemiologiczne jednoznacznie pokazują, że NS jest jedyną jednostką chorobową układu sercowo-naczyniowego, gdzie odnotowuje się jej znaczny wzrost, zwłaszcza w populacjach starzejących się i narażonych na czynniki ryzyka. Przewiduje się, że w ciągu 25 lat liczba chorych na przewlekłą niewydolność serca wzrośnie nawet o 25%. Rozpowszechnienie NS jest paradoksalnie wynikiem rozwoju kardiologii, zwłaszcza kardiologii interwencyjnej, która w ostatnich latach przyczyniła się do spadku śmiertelności z powodu ostrych zespołów wieńcowych, powodując jednak w tej grupie chorych rozwój przewlekłej niewydolności serca. Przewlekła niewydolność serca dotyczy głównie osób starszych, średnia wieku pacjentów w krajach rozwiniętych wynosi 75 lat. Zapadalność i chorobowość wzrastają wraz z wiekiem: o 0,5% w przedziale wiekowym 35–64 lat oraz o 8–10% powyżej 75. roku życia. Około 80% pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca to ludzie powyżej 65. roku życia. Obserwuje się ponadto wyższą zapadalność na niewydolność serca u płci męskiej, ze względu na wcześniejsze występowanie choroby niedokrwiennej serca [4].

Niewydolność serca jest najczęstszą i najdroższą przyczyną hospitalizacji wśród osób po 65. roku życia, co obciąża znacznie budżet systemu ochrony zdrowia i obniża jakość życia chorych [1]. Koszty leczenia niewydolności serca pochłaniają 1–2% budżetu przeznaczanego na opiekę zdrowotną. W Polsce 69% wydatków związanych jest z hospitalizacjami pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca, z czego dużą część stanowią rehospitalizacje. W ciągu 6 miesięcy po postawieniu diagnozy 25% pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca jest ponownie hospitalizowana [5, 6].

ZNACZENIE SAMOOPIEKI W NIEWYDOLNOŚCI SERCA

Istotnym elementem pozytywnie wpływającym na zapobieganie ponownym hospitalizacjom na jakość życia chorych z niewydolnością serca jest edukacja, przygotowująca pacjentów do efektywnego prowadzenia samokontroli i samoopieki. Samoopieka (ang. *self-care*) rozumiana jest jako proces podejmowania przez pacjenta zachowań sprzyjających utrzymaniu stabilnego stanu fizjologicznego i/lub reagowanie na pojawiające się objawy i dolegliwości oraz ich złagodzenie [7].

Zalecane w wytycznych ESC (ang. European Society of Cardiology) wielodyscyplinarne, długoterminowe programy opieki w niewydolności serca podkreślają kluczową rolę, jaką pacjent odgrywa we własnym procesie leczenia i postępowaniu z chorobą. Samoopiekę podzielono w najnowszym programie ESC na trzy komponenty [8]:

- 1) utrzymanie stabilności fizycznej i emocjonalnej (przyjmowanie leków zgodne z zaleceniami, regularna aktywność fizyczna, zdrowa dieta),
- 2) monitorowanie – kontrola objawów, masy ciała,
- 3) zarządzanie, reagowanie na objawy (modyfikacja dawek diuretyków, poszukiwanie pomocy medycznej).

Stworzenie programów edukacyjnych zwiększających poziom samoopieki w NS jest działaniem priorytetowym i wyzwaniem dla zespołów wielodyscyplinarnych. Właściwie prowadzona edukacja kardiologiczna powinna być dostosowana do potrzeb i możliwości pacjenta oraz deficytów jego wiedzy i braku umiejętności, a także przebiegać w sposób ciągły. Tylko wtedy możliwe staje się w pełni świadome współuczestnictwo pacjenta w leczeniu, stosowanie się do zaleceń i trzymanie planu terapeutycznego (*compliance, adherence*). Ważnym elementem w propagowaniu *self-care* jest także edukacja na temat metod wsparcia osób z niewydolnością serca przez rodzinę, przyjaciół oraz pomoc osobom wyizolowanym społecznie, samot-

nym. Wsparcie społeczne ogranicza występowanie objawów depresyjnych u pacjentów z NS. Ponadto chorzy podejmują korzystniejsze działania na rzecz własnego zdrowia i są bardziej zdolni do samoopieki, kiedy odczuwają pomoc ze strony innych [9]. Działania skoncentrowane na przygotowaniu pacjenta do samokontroli i samoopieki są gwarantem optymalizacji stanu klinicznego oraz poprawy lub utrzymania dotychczasowego poziomu jakości życia w przewlekłej niewydolności serca.

W związku z powyższym prowadzone są badania nad prostymi instrumentami, które umożliwiłyby ocenę poziomu samoopieki wśród pacjentów z niewydolnością krążenia. Jednym z takich narzędzi, zyskującym coraz większą popularność na całym świecie, jest European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS) [10]. Kwestionariusz ten został stworzony w oparciu o teoretyczny konstrukt samoopieki autorstwa Orem [11]. Istnieją dwie wersje kwestionariusza do oceny samoopieki: 9- i 12-punktowa, które obejmują pytania dotyczące różnych zagadnień związanych z samoopieką, w tym codziennej kontroli masy ciała, poziomu aktywności fizycznej, stosowania diety niskosodowej, ilości przyjmowanych płynów oraz samoobserwacji ewentualnych symptomów niewydolności krążenia i odpowiedniej reakcji w przypadku ich wystąpienia [10]. Narzędzie przeszło pomyślnie walidację i ocenę psychometryczną w wielu populacjach i grupach kulturowych i doczekało się licznych tłumaczeń oraz adaptacji [12–17].

Podobnie jak w innych krajach rozwiniętych, niewydolność krążenia jest główną przyczyną hospitalizacji i zgonów polskich pacjentów, w tym osób starszych. Jednak w przeciwieństwie do społeczeństw zachodnich dopiero niedawno zaczęto sobie uświadamiać znaczenie opieki holistycznej nad chorymi z chorobami układu krążenia [18]. Przekłada się to między innymi na brak odpowiednich polskojęzycznych narzędzi do diagnozy psychologicznej i społecznej osób z tej grupy, w tym ich zapotrzebowania na działania edukacyjne. W celu wypełnienia tej luki zdecydowano się na przygotowanie polskiej adaptacji EHFScBS i przeprowadzenie jej walidacji w grupie pacjentów z niewydolnością krążenia. Zarówno 9- , jak i 12-punktowa skala EHFScBS została przetłumaczona na język polski i zwalidowana do użycia w populacji polskich pacjentów z niewydolnością serca [19, 20].

Obie skale przedstawiono poniżej:

1) The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale [Europejska skala samoopieki pacjentów z niewydolnością serca, 9 pytań]

Zawiera stwierdzenia dotyczące samoopieki w przypadku niewydolności serca. Prosimy o podanie odpowiedzi do każdego stwierdzenia zakreślając numer, który według Pana/i najlepiej się do Pana/i odnosi. Należy zauważyć, że odpowiedzi są w skali od „Całkowicie się zgadzam” (1) do „Zupełnie się nie zgadzam” (5). Nawet, jeżeli ma Pan/i pewne wątpliwości względem któregoś ze stwierdzeń, prosimy o zakreślenie cyfry, która najbardziej Panu/i odpowiada.

		Całkowicie się zgadzam				Zupełnie się nie zgadzam
1.	Ważę się codziennie	1	2	3	4	5
2.	Gdy moja zadyszka nasila się, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
3.	Gdy obrzęk stóp/nóg jest większy niż zazwyczaj, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5

4.	Gdy w tydzień przytyję 2 kilogramy, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
5.	Ograniczam ilość płynów, które wypijam (nie więcej niż 1,5–2 litry dziennie)	1	2	3	4	5
6.	Jeżeli odczuwam zwiększone zmęczenie, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
7.	Moja dieta jest niskosodowa	1	2	3	4	5
8.	Przyjmuję leki zgodnie z zaleceniami	1	2	3	4	5
9.	Ćwiczę regularnie	1	2	3	4	5

2) The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale [Europejska skala samoopieki pacjentów z niewydolnością serca, 12 pytań]

Zawiera stwierdzenia dotyczące samoopieki w przypadku niewydolności serca. Prosimy o podanie odpowiedzi do każdego stwierdzenia zakreślając numer, który według Pana/i najlepiej się do Pana/i odnosi. Należy zauważyć, że odpowiedzi są w skali od „Całkowicie się zgadzam” (1) do „Zupełnie się nie zgadzam” (5). Nawet, jeżeli ma Pan/i pewne wątpliwości względem któregoś ze stwierdzeń, prosimy o zakreślenie cyfry, która najbardziej Panu/i odpowiada.

		Całkowicie się zgadzam				Zupełnie się nie zgadzam
1.	Ważę się codziennie	1	2	3	4	5
2.	Gdy mam zadyszkę, staram się odpocząć	1	2	3	4	5
3.	Gdy moja zadyszka nasila się, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
4.	Gdy obrzęk stóp/nóg jest większy niż zazwyczaj, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
5.	Gdy w tydzień przytyję 2 kilogramy, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
6.	Ograniczam ilość płynów, które wypijam (nie więcej niż 1,5–2 litry dziennie)	1	2	3	4	5
7.	Odpoczywam w ciągu dnia	1	2	3	4	5
8.	Jeżeli odczuwam zwiększone zmęczenie, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
9.	Moja dieta jest niskosodowa	1	2	3	4	5
10.	Przyjmuję leki zgodnie z zaleceniami	1	2	3	4	5
11.	Co roku szczepię się przeciw grypie	1	2	3	4	5
12.	Ćwiczę regularnie	1	2	3	4	5

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek. Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Karasek D, Kubica A, Sinkiewicz W, et al. Epidemia niewydolności serca – problem zdrowotny i społeczny starzejących się społeczeństw Polski i Europy. *Folia Cardiol Exc* 2008; 3(5): 242–248.
2. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat Rev Cardiol* 2011; 8(1): 30–41.
3. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. *Heart Failure: preventing disease and death worldwide*. ESC Heart Failure 2014. Dostępny na URL: https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Subspecialty/HFA/WHFA-whitepaper-15-May-14.pdf.
4. Korewicki J, i wsp. *Epidemiologia i aktualny stan w zakresie postępowania w niewydolności serca*. Gdańsk: Via Medica; 2004: 2–18.
5. Stewart S, Jenkins A, Buchan S, et al. The current cost of heart failure to the National Health Service in The UK. *Eur J Heart Fail* 2002; 4(3): 361–371.
6. Berry C, Murdoch DR, McMurray JJV, et al. Economics of chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001; 3(3): 283–291.
7. Riegel B, Lee SC, Dickson VV, et al. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs* 2009; 24(6): 485–497.
8. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznania oraz leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca na 2012 rok. *Kardiologia Pol* 2012; 70(Supl. II): 101–176.
9. Dunbar BS, Clark CP, Quinn Ch, et al. Family Influences on Heart Failure Self – care and outcomes. *J Cardiovasc Nurs* 2008; 23(3): 258–265.
10. Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, et al. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail* 2003; 5(3): 363–370.
11. Orem D. *Nursing: Concepts of practice*. 5th ed. St Louis, MO; Mosby: 1995.
12. Gonzalez B, Lupon J, Parajon T, et al. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. Use of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) in a heart failure unit in Spain. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59(2): 166–170.
13. Kato N, Ito N, Kinugawa K, et al. Validity and reliability of the Japanese version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2008; 7(4): 284–289.
14. Koberich S, Glattacker M, Jaarsma T, et al. Validity and reliability of the German version of the 9-item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2013; 12(2): 150–158.
15. Lee CS, Lyons KS, Gelow JM, et al. Validity and reliability of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale among adults from the United States with symptomatic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2013; 12(2): 214–218.
16. Pulignano G, Del Sindaco D, Minardi G, et al. Translation and validation of the Italian version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2010; 11(7): 493–498.
17. Shuldham C, Theaker C, Jaarsma T, et al. Evaluation of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale in a United Kingdom population. *J Adv Nurs* 2007; 60(1): 87–95.
18. Sosnowska-Pasiarska B, Bartkowiak R, Woźniakowska-Kapłon B, et al. Population of Polish patients participating in the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Kardiologia Pol* 2013; 71(3): 234–240.
19. Uchmanowicz I, Łoboz-Rudnicka M, Jaarsma T, et al. Cross-cultural adaptation and reliability testing of Polish adaptation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS). *Patient Prefer Adher* 2014; 8: 1521–1526.
20. Uchmanowicz I, Wleklik M. Polish adaptation and reliability testing of the 9-item European Heart Failure Self-care Behavior Scale (9-EHFScBS). *Kardiologia Pol* 2015; doi: 10.5603/KP.a2015.0239 [Epub ahead of print].

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. o zdr. Izabella Uchmanowicz
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
Tel.: 71 784 18 24
51-617 Wrocław
E-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 25.02.2016 r.

Po recenzji: 28.02.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 03.03.2016 r.