

Edukacja i jakość życia pacjentów z niewydolnością serca

Education and quality of life of patients with heart failure

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław

KEY WORDS

heart failure, circulatory system, education, quality of life

SUMMARY

The result of medical advances of the twentieth century was increased life expectancy. Statistics on the increase in the number of patients with heart failure are more and more impressive. The prognosis, despite significant progress, is disadvantageous and, in the advanced stage of the disease, annual death rate exceeds 50%.

Over the past 20 years drugs modifying neurohormonal systems have been introduced into the standards of the treatment of heart failure. The use of angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE) is now a widely accepted practice. However, large clinical trials of recent years have reinforced the importance of β -blockers in the treatment of chronic heart failure. Interventional procedures on the coronary arteries have reduced the incidence of ischemic heart failure.

All this does not reduce the epidemic of heart failure, if we do not remove the causes and apply good practice in the asymptomatic and oligosymptomatic stage. Prevention programs are needed for the diseases responsible for the damage to the heart of the vast majority of patients: coronary artery disease hypertension and diabetes.

World experience in the field of prevention programs that underpin preventive cardiology dates back to the mid-twentieth century, when, in the United States, the first of them was created – the Framingham Heart Study. Currently, prevention programs are the most comprehensive source of accurate information about the health of the population. The main objectives pursued by the many prevention programs focused on the following areas:

1. Identifying the main risk factors in the population studies.
2. Lifestyle assessment and the analysis of the factors contributing to the development of chronic diseases, including cardiovascular disease.
3. Assessment of morbidity and mortality decrease from cardiovascular diseases or under the influence of modifying or reducing the risk factors.
4. The impact of preventive measures on the health of humanity.

WSTĘP

Efektom postępu medycyny XX wieku było wydłużenie długości życia. Tym większe wrażenie robią dane statystyczne dotyczące wzrostu liczby chorych z niewydolnością serca. Rokowanie, mimo istotnych postępów, jest niekorzystne, a w zaawansowanej fazie choroby śmiertelność roczna przekracza 50% (1).

W ciągu ostatnich 20 lat do standardów leczenia niewydolności serca wprowadzono leki modyfikujące układy neurohormonalne. Stosowanie inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę (ACE) jest obecnie powszechnie przyjętą praktyką. Natomiast duże próby kliniczne przeprowadzone w ostatnich latach utrwaliły znaczenie β -adrenolityków w leczeniu przewlekłej niewydolności serca.

Zabiegi interwencyjne na tętnicach wieńcowych zmniejszyły częstość niewydolności o etiologii niedokrwiennej.

Wszystko to nie ograniczy epidemii niewydolności serca, jeśli nie będzie się eliminować jej przyczyn i stosować właściwego postępowania już w fazie bezobjawowej i skąpoobjawowej. Niezbędne są programy prewencji dotyczące chorób odpowiedzialnych za uszkodzenie serca u zdecydowanej większości pacjentów – choroby wieńcowej nadciśnienia tętniczego oraz cukrzycy.

Doświadczenia światowe w zakresie programów profilaktycznych będących podstawą kardiologii prewencyjnej sięgają połowy XX wieku, kiedy to w Stanach Zjednoczonych powstał pierwszy z nich – Framingham Heart Study. Obecnie programy profilaktyczne stanowią najpełniejsze rzetelne

źródło informacji o stanie zdrowia populacji. Główne cele realizowane w ramach wielu programów profilaktycznych dotyczyły następujących obszarów:

- identyfikacji głównych czynników ryzyka w badanych populacjach,
- oceny stylu życia i analizy czynników sprzyjających rozwojowi chorób przewlekłych, w tym także chorób układu krążenia,
- oceny zmniejszenia zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób układu krążenia pod wpływem modyfikowania lub ograniczenia czynników ryzyka,
- wpływu działań profilaktycznych na stan zdrowia ludzkości (2).

DEFINICJA NIWYDOLNOŚCI SERCA

Istnieje wiele definicji niewydolności serca. Dość rozpowszechnione jest określenie niewydolności serca jako stanu, gdy w wyniku zaburzeń strukturalnych lub czynnościowych serca pojemność minutowa jest obniżona w stosunku do zapotrzebowania metabolicznego tkanek bądź prawidłowa pojemność minutowa jest utrzymywana kosztem podwyższonego ciśnienia napełniania. Przyczyną takiej sytuacji może być każde schorzenie zaburzające napełnienie lub wyrzut krwi z komór, jednak najczęstszymi przyczynami niewydolności serca są choroba wieńcowa i nadciśnienie tętnicze (1).

Niewydolność serca jest to stan, w którym nieprawidłowa struktura lub funkcjonowanie serca upośledza zdolność do zapewnienia wystarczającego przepływu krwi zgodnie z zapotrzebowaniem organizmu. Nie należy mylić niewydolności serca z zatrzymaniem krążenia. Do częstych przyczyn niewydolności serca należą: zawał mięśnia sercowego, nadciśnienie, choroba niedokrwienna serca, miażdżyca naczyń, choroby zastawkowe i kardiomiopatie. Proces niewydolności serca może mieć charakter przewlekły bądź ostry, stąd wyróżniamy dwie postaci schorzenia, różniące się etiologią, symptomatologią i sposobem leczenia (3).

Grupa ekspertów Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) w 2001 roku zdefiniowała przewlekłą niewydolność serca jako stan, w którym są obecne nie tylko dolegliwości i charakterystyczne znamiona niewydolności serca (w spoczynku lub po wysiłku), ale także stwierdza się obiektywne cechy uszkodzenia serca w warunkach spoczynkowych, co w praktyce wymaga wykonania badania echokardiograficznego. W wypadku wątpliwości diagnostycznych dodatkowo dopuszcza się uwzględnienie korzystnej odpowiedzi na leczenie farmakologiczne typowe dla niewydolności serca (1).

Powyzsza definicja odnosi się do przewlekłej niewydolności serca. Natomiast w stanach ostrych zaleca się obecnie precyzyjne definiowanie ich obrazu klinicznego (obrzęk płuc lub wstrząs kardiogeny), unikając terminu „ostra niewydolność serca”.

Spotyka się także klasyczne określenie przewlekłej niewydolności serca jako lewo- lub prawokomorowej w zależności od dominacji w obrazie klinicznym cech zastójny żylny w krążeniu systemowym bądź płucnym. Zmiany te pozostają ze sobą ściśle powiązane. W naturalnym przebiegu schorzenia na tle dysfunkcji lewej komory lub wad zastawkowych serca lewego pojawia się najpierw zastój w krążeniu małym, a następnie podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej i wcze-

śniej czy później dochodzi zwykle do wzrostu obwodowego ciśnienia żylnego, co tłumaczy się wystąpieniem niewydolności prawokomorowej. Uważa się, że objawy niewydolności serca stanowią wypadkową tzw. *backward failure*, czyli zastójny krwi przed niewydolną lewą lub prawą komorą, oraz tzw. *forward failure* odpowiedzialnej za spadek pojemności minutowej oraz retencję sodu i wody w wyniku redukcji perfuzji nerkowej i aktywacji neurohormonalnej. Nie wydaje się możliwe wystąpienie izolowanej *backward* lub *forward failure*, podobnie zresztą jak patologii organicznej wyłącznie do prawego lub lewego serca (1).

OBJAWY, DIAGNOSTYKA, LECZENIE NIWYDOLNOŚCI SERCA

Chorzy z niewydolnością serca cechują się obecnością objawów niewydolności serca, a więc typowo dusznością lub męczliwością spoczynkową bądź wysiłkową lub obrzękami wokół kostek i obiektywnymi wykładnikami zaburzeń czynności serca w spoczynku (tab. 1). Sama pozytywna odpowiedź na leczenie stosowane typowo w niewydolności serca nie wystarczy do potwierdzenia rozpoznania. Niemniej jednak pacjenci powinni generalnie uzyskać pewną objawową poprawę w wyniku zastosowania terapii, która zwykle u takich chorych przynosi szybką ulgę (4).

Bezobjawową dysfunkcję skurczową lewej komory uważa się za stadium wstępnej przewlekłej niewydolności serca (CHF), towarzyszy jej wysokie ryzyko zgonu.

Tabela 1. Definicja niewydolności serca.

I	Objawy niewydolności serca (w spoczynku lub podczas wysiłku)
II	Obiektywne wykładniki dysfunkcji serca
III	Pozytywna reakcja na celowane leczenie niewydolności serca

METODY SŁUŻĄCE DO ROZPOZNAWANIA NIWYDOLNOŚCI SERCA W PRAKTYCE KLINICZNEJ

Do charakterystycznych objawów niewydolności serca należą duszność, obrzęk wokół kostek i męczliwość. Ich interpretacja bywa jednak trudna, szczególnie jeżeli występują one u osób w podeszłym wieku, otyłych i kobiet. Należy więc zachować dużą ostrożność i uwzględnić różne sytuacje, w których one występują (4).

Męczliwość jest także podstawowym objawem niewydolności serca. Jej przyczyny są złożone i obejmują niski rzut serca, zmniejszoną perfuzję obwodową i osłabienie mięśni szkieletowych, dodatkowo ocenę tego objawu utrudniają problemy z jego obiektywizacją (3).

Charakterystycznymi cechami zastójny w systemowym układzie żylnym są obrzęki obwodowe, podwyższone ciśnienie żylny i powiększenie wątroby. Dokładne badania kliniczne obejmujące obserwację, badanie palpacyjne i osłuchiwanie jest podstawą oceny klinicznych objawów niewydolności (4).

Po ustaleniu rozpoznania niewydolności serca jej objawy mogą służyć do klasyfikowania zaawansowania niewydolności i powinny być wykorzystywane do monitorowania

skuteczności leczenia. Nie należy jednak kierować się nimi, optymalizując terapię lekami hamującymi aktywność neurohormonalną.

W celach diagnostycznych wykorzystujemy badania, które można podzielić na inwazyjne i nieinwazyjne.

Do badań nieinwazyjnych zaliczamy:

- elektrokardiogram (EKG),
- RTG klatki piersiowej,
- echokardiografię (USG serca),
- ocenę funkcji skurczowej lewej komory,
- badania hematologiczne i biochemiczne krwi,
- badania radioizotopowe,
- rezonans magnetyczny serca (CMR),
- spirometrię,
- badania wysiłkowe,
- EKG metodą Holtera.

Do badań inwazyjnych zaliczamy:

- cewnikowanie serca (koronarografia).

ROZPOZNANIE NIETYDOLNOŚCI SERCA W PRAKTYCE

– WYMAGANIA

By spełnione zostały kryteria składające się na definicję niewydolności serca, konieczne są: stwierdzenie objawów niewydolności oraz obiektywne potwierdzenie zaburzeń czynności serca (tab. 1). Nieuzasadnione jest ocenianie funkcji serca jedynie na podstawie kryteriów klinicznych. Dysfunkcje mięśnia sercowego należy potwierdzić za pomocą obiektywnych badań (5).

Najbardziej efektywną pojedynczą metodą diagnostyczną, powszechnie stosowaną w praktyce klinicznej, jest echokardiografia. Istnieją inne patologie, które mogą dawać podobne objawy jak niewydolność serca lub je nasilać i dlatego konieczne trzeba je wykluczyć. U osób z podejrzeniem niewydolności należy zastosować odpowiedni schemat postępowania diagnostycznego, który pozwala ostatecznie ustalić prawidłowe rozpoznanie. W przypadku wątpliwości diagnostycznych lub gdy obraz kliniczny wskazuje na obecność odwracalnych przyczyn niewydolności, należy przeprowadzić dodatkowe badania lub powtórzyć podstawowe testy (5).

Założenia terapii, łączące rozważania diagnostyczne prezentowanych wytycznych z częścią omawiającą leczenie, zebrano w tabeli 2.

LECZENIE

Leczenie niewydolności serca trwa z reguły przez całe dalsze życie chorego. Wyjątek stanowią przypadki, w których możliwe jest skuteczne leczenie przyczynowe (wady serca wrodzone i nabyte, które jeszcze niedawno były podstawową przyczyną niewydolności serca). Bardzo często można je skutecznie leczyć chirurgicznie, jeżeli decyzje o wykonaniu zabiegu podejmie się we właściwym czasie. Dotyczy to także niewydolności serca w uleczalnych chorobach innych narządów, występujących wyjątkowo rzadko kardiomiopatii, których przyczynę można usunąć, oraz skutecznego leczenia rewaskularyzacyjnego za pomocą angioplastyki lub pomostowania aortalno-wieńcowego w pozawałowej niewydolności serca (3).

Tabela 2. Zasady postępowania w zarysie.

Ustalić, czy rozpoznanie niewydolności serca jest prawdziwe
Określić charakterystykę kliniczną: obrzęk płuc, duszność wysiłkowa, męczliwość, obrzęki obwodowe.
Oceenić nasilenie objawów.
Określić etiologię niewydolności serca.
Określić czynniki wyzwalające i nasilające odpowiednie zaburzenia.
Zidentyfikować współistniejące choroby wpływające na niewydolność serca i jej leczenie.
Oceenić rokowanie
Oceenić czynniki wnikające niewydolność (np. zaburzenia czynności nerek, zapalenie stawów).
Udzielić porad choremu i jego rodzinie.
Dokonać wyboru odpowiedniego sposobu leczenia.
Monitorować postęp terapii i odpowiednio reagować w zależności od potrzeb.

Tabela 3. Leczenie przewlekłej niewydolności.

Zmniejszenie obciążenia
- zmniejszenie aktywności fizycznej, - wypoczynek psychiczny.
Eliminacja nadmiaru płynu
- dieta niskosodowa, - leki moczopędne: • tiazydy (hydrochlorotiazyd), • diuretyki pętlowe (urosemid), • antagoniści aldosteronu (spironolakton).
Zmniejszenie obciążenia następczego (leki rozszerzające naczynia)
- inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (enalapryl), - hydralazyna, - minoksydył, - α-blokery (prazosyna), - nitroprusydek sodowy.
Zwiększenie kurczliwości mięśnia sercowego
- glikozydy, - aminy sympatykomimetyczne: • dopomina, • dobutamina, • amrinon i milrinon.
Leiki przeciwzakrzepowe
- warfaryna, - heparyna, - heparyny drobnocząsteczkowe.
Leiki β-andrenolityczne

W przypadkach, w których skuteczne leczenie przyczynowe nie jest możliwe, podstawowe znaczenie mają, oprócz leczenia farmakologicznego, postępowanie dietetyczne, rehabilitacja ruchowa, pomoc psychologiczna oraz społeczna. Rola pielęgniarki środowiskowej w prowadzeniu chorego z niewydolnością serca ma ogromne znaczenie. Zasadnicze składniki wielokierunkowego postępowania terapeutycznego w niewydolności serca i najczęściej stosowane leki przedstawiono w tabeli 3 (3).

Niefarmakologiczne postępowanie w niewydolności serca polega na ograniczeniu aktywności fizycznej, zapewnieniu

odpoczynku psychicznego i leczeniu dietetycznym. Stopień ograniczenia aktywności fizycznej zależy od stanu chorego. W przypadkach zaostrzeń wskazane jest leżenie przez 1-2 tyg., a następnie stosowanie w ciągu dnia odpoczynku w pozycji leżącej lub siedzącej. W okresach stabilnej niewydolności serca ostrożna rehabilitacja ruchowa poprawia samopoczucie i sprawność chorych. Zapewnienie wypoczynku psychicznego może wymagać stosowania łagodnych leków uspokajających czy hospitalizacji lub leczenia sanatoryjnego w celu odizolowania chorego od stresujących niejednokrotnie warunków domowych.

Leczenie dietetyczne niewydolności serca polega na ograniczeniu przyjmowania sodu, a w cięższych przypadkach także wody. Normalna dieta dzienna zawiera 6-10 g chlorku sodu. Spożycie to najprościej można zmniejszyć do połowy przez eliminację potraw zawierających dużą jego ilość (konserwy, wędliny) oraz niepodawanie soli kuchennej do przygotowywanych potraw. Szczególne znaczenie ma odpowiednia dieta u chorych z bardziej zaawansowaną niewydolnością serca, z wyniszczeniem (charłactwo sercowe) i zastoinowym uszkodzeniem wątroby (marskość sercowa). Należy wówczas wyeliminować mleko, ser, chleb, produkty mączne, solone mięso oraz niektóre warzywa, jak szpinak, seler i buraki. U chorych otyłych wartość energetyczna diety musi być ograniczona. W przypadku wystąpienia charłactwa należy zadbać o zapewnienie choremu częstych, niewielkich objętościowo posiłków o odpowiedniej wartości energetycznej, zawierających odpowiednią ilość witamin (6).

Leczenie niewydolności serca zależy od stanu chorego, czyli stopnia rozwoju choroby. U chorych z przerostem lub rozszerzeniem jam serca, a jeszcze bez objawów klinicznych, należy stosować inhibitory konwertazy angiotensyny. Udowodniono, że ich stosowanie istotnie opóźnia dalszy rozwój choroby. Po pojawieniu się pierwszych objawów klinicznych należy najpierw dołączyć proste sposoby leczenia, takie jak ograniczenie aktywności fizycznej oraz zmniejszenie ilości chlorku sodu w diecie. Przy dalszym narastaniu objawów klinicznych należy podać leki β -adrenolityczne, moczopędne oraz, u niektórych chorych, glikozydy naparstnicy, łącznie z zaostrzeniem reżimu dietetycznego i dalszym ograniczeniem aktywności fizycznej. Następnym etapem jest hospitalizacja z unieruchomieniem chorego w pozycji leżącej i dożylnym podawaniem leków moczopędnych (3).

Kolejną możliwością jest zastosowanie wspomaganie krążenia. Kontrpulsacja wewnątrzaoortalna polega na wprowadzeniu do aorty długiego balonu, który podczas skurczu serca zapada się, a podczas rozkurczu nadyma; zwiększa to pojemność minutową serca o 15-20%. Kontrpulsacja może być bezpiecznie stosowana tylko przez krótki czas i z reguły

w stanach nagłych, takich jak wstrząs zawałowy lub niewydolność serca po operacjach kardiologicznych. Istnieją jednak urządzenia do wspomaganie krążenia, które można stosować przez kilka tygodni (pompy centryfugowe), a nawet miesiące (wszczepialne sztuczne serca). Mechaniczne wspomaganie krążenia jest najbardziej celowe u chorych, u których możliwa jest poprawa czynności własnego serca (np. zapalenia mięśnia sercowego) lub przeszczepienie serca.

Rokowanie u chorych z niewydolnością serca jest złe. Ocenia się, że w ciągu 5 lat od ustalenia rozpoznania umiera ok. 50% chorych. Ponad 90% przypadków to zgony z powodu krańcowej niewydolności krążenia lub nagłe zgony sercowe. Wieloletnie obserwacje kliniczne pozwoliły na wyodrębnienie klinicznych, hemodynamicznych, biochemicznych i elektrofizjologicznych czynników obciążających rokowanie w niewydolności serca (tab. 4).

Chorzy z niewydolnością serca, którzy nie umierają z powodu nasilenia niewydolności, giną w wyniku nagłego zgonu sercowego, wywołanego migotaniem komór lub trwałym częstoskurczem komorowym. Implantacja kardiowerterów-defibrylatorów, zwłaszcza u chorych z pozawałową niewydolnością serca, nie tylko doraźnie ratuje życie, przerywając śmiertelną arytmie, ale także poprawia rokowanie odległe (4).

EDUKACJA I JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTA Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

Edukacja terapeutyczna stanowi kluczowy element leczenia osób z przewlekłymi schorzeniami. Zwiększa ona efektywność działań medycznych, poprawia komfort życia i przeżywalność przewlekłe chorych. Edukacja terapeutyczna powinna być prowadzona przez grupę osób specjalnie przygotowanych do tego typu zadań. W skład zespołu edukacyjnego wchodzi: pacjent z rodziną, lekarz specjalista, edukator bądź pielęgniarka edukacyjna, dietetyk oraz psycholog. U osób z cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym edukacja ma kilkuosiowy wymiar. Wiadomo, że nie może być ona ograniczona do glukocentryzmu (koncentrowanie uwagi wyłącznie na wartościach glikemii), ale powinna być poszerzona o edukację z zakresu nadciśnienia tętniczego. Współistnienie nadciśnienia tętniczego z cukrzycą niejednokrotnie wymaga poszerzenia składu zespołu terapeutycznego o hipertensjologa, nefrologa i kardiologa. Proces programowej edukacji terapeutycznej obejmuje edukację wstępną, której zadaniem jest przekazanie podstawowej i niezbędnej wiedzy teoretycznej oraz umiejętności jej praktycznego wykorzystania. Kolejne etapy poszerzonej edukacji polegają na systematycznym, stopniowym pogłębianiu wiedzy pacjenta

Tabela 4. Najważniejsze czynniki obciążające rokowanie u chorych z niewydolnością serca.

Kliniczne	Hemodynamiczne	Biochemiczne (stężenie w osoczu)	Elektrofizjologiczne
klasa NYHA	frakcja wyrzutowa lewej komory	adrenalinę	trwały częstoskurcz komorowy
choroba wieńcowa jako przyczyna niewydolności	frakcja wyrzutowa prawej komory	reniny	nietrwały częstoskurcz komorowy
wydolność fizyczna	wskaźnik pracy wyrzutowej lewej komory	wazopresyny argininowej	migotanie przedsionków
płeć męska	ciśnienie napełniania lewej komory	przedsionkowego i mózgowego peptydu natriuretycznego	częsta ekstrasystolia komorowa

według zasady małych kroków. Programowa edukacja nie może ograniczać się do przekazu informacji, ale musi także obejmować proces sprawdzania efektywności nauczania, weryfikacji wiedzy oraz systematycznego jej powtarzania. Rolą edukacji jest także ciągła motywacja pacjenta do optymalnego leczenia, prowadzenia samokontroli oraz osiągania celów terapeutycznych. Niezwykle ważne jest wsparcie psychologiczne, które ma ułatwić akceptację przewlekłej choroby oraz wzmocnić i motywować pacjentów do efektywnego samoleczenia (7).

W 2002 roku tylko 59% dorosłych Polaków znało swoje ciśnienie tętnicze. Mniejszą znajomość własnego ciśnienia obserwowano wśród osób gorzej wykształconych oraz mieszkańców małych miejscowości. Niestety, współpraca z chorymi nie jest łatwa, jak pokazują obiektywne dane. Część chorych odstawia leki, przyjmuje je nieregularnie, modyfikuje (najczęściej zmniejsza) dawki, a ponadto w grupie starszych osób nierzadko zdarza się, że chory nie pamięta, że nie zażył leku. Dobrym testem jest sprawdzenie, czy chory zna nazwy przepisanych leków. Niestety, starsi ludzie nie potrafią zwykle wymieniwać ani jednego ze stosowanych preparatów. Jedną z propozycji przeznaczoną dla takich pacjentów są specjalne remindery (przypominacze) – urządzenia przypominające o konieczności przyjęcia następnej dawki leku. Nie są one jednak jeszcze rozpowszechnione w Polsce.

Pacjenta należy poinformować, że nadciśnienie przebiega często skąpoobjawowo lub nawet bez jakichkolwiek objawów klinicznych, ale niesie ze sobą ryzyko wystąpienia groźnych powikłań, do których należą m.in. przerost i zawał mięśnia sercowego, udary mózgowo, niewydolność krążenia, uszkodzenie nerek, migotanie przedsionków oraz retinopatia (8).

Czym więc jest promocja zdrowia? Jest to szereg działań i czynności, poprzez które wybrane osoby lub grupy osób zajmują się działalnością edukacyjną i są w stanie zwiększać kontrolę nad uwarunkowaniami zdrowotnymi całego społeczeństwa.

Pełna promocja zdrowia obejmuje wszystkie dziedziny życia codziennego, wpływa na jakość życia oraz sprzyja rozwojowi zdrowego stylu życia (9).

Edukacja pacjenta to proces obejmujący oddziaływania wychowawcze i nauczanie skierowane na konkretnego pacjenta lub grupę społeczną (10). Celem wszelkich działań jest wpływanie na zmianę lub utrwalenie postaw i przekonań w pożądanym przez nas, prozdrowotnym kierunku, zgodnie z celami stworzonych i opracowanych programów promocji zdrowia, profilaktyki i wychowania zdrowotnego (11).

Edukacja zdrowotna to działania, których celem jest wyposażenie osób zdrowych lub chorych w wiedzę i umiejętności niezbędne do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia. To proces, w którym ludzie uczą się, jak dbać o własne zdrowie i zdrowie społeczności. Może być ukierunkowana na zdrowie (wiedza o zdrowiu i jego wzmocnianiu), czynniki ryzyka (wiedza o zagrożeniach zdrowia, uczenie unikania czynników ryzyka dla zdrowia), chorobę (wiedza o radzeniu sobie w czasie choroby).

W promocji punktem odniesienia jest zdrowie, a jej celem inwestowanie w zdrowie i jego wzmocnianie, poprawa lub utrzymanie na tym samym poziomie.

W profilaktyce odniesieniem jest relacja między zdrowiem a chorobą. Celem profilaktyki jest zapobieganie wystąpieniu schorzenia. Zorientowana jest na ustalenie czynników ryzyka, ich eliminowanie, oddziaływanie na osoby szczególnie narażone na zachorowanie (11).

Główne cele pracy edukacyjnej to działania skierowane na edukację nie tylko samego pacjenta, ale także jego rodziny i najbliższego otoczenia. Pielęgniarka ma za zadanie przygotować ich do życia z chorobą i jej konsekwencjami. Powinna wyjaśniać, instruować, udzielać porad. Wspólnie z pacjentem i jego najbliższymi powinna dążyć w działaniach do tego, aby zapobiegać nawrotom i rozwojowi choroby, ograniczać konieczność kolejnych hospitalizacji (12).

Niezwykle istotnym punktem jest nauka samoopieki i samokontroli. Odpowiednie przygotowanie w tej kwestii pozwala choremu na możliwie maksymalną niezależność, co dla każdego człowieka jest sprawą niezwykle istotną (13).

EDUKACJA PACJENTÓW Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA – WYTYCZNE EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO (2003)

Ekspertki zdecydowanie podkreślają korzyści płynące z prowadzenia działań edukacyjnych i w zaleceniach szczegółowo określono problemy, jakie powinny zostać omówione z chorym. Koncentrują się wokół następujących zagadnień: informacje ogólne o niewydolności serca, podstawy z zakresu leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego (tab. 5). Istotne znaczenie ma zaznajomienie pacjenta z możliwymi działaniami niepożądanymi leków, sposobem reagowania na nie oraz zasadami samodzielnego dawkowania leków diuretycznych w powiązaniu z systematyczną, codzienną kontrolą masy ciała (1).

Z uwagi na niedostatecznie udokumentowane wyniki porównania efektywności różnych modeli edukacji pacjentów z niewydolnością serca brakuje jednoznacznie stanowiska ekspertów w tej kwestii. Doświadczenia w edukacji chorych z nadciśnieniem tętniczym wskazują, że najlepsze wyniki uzyskuje się w wypadku edukacji pacjentów w małych, kilkusobowych grupach, do których należą także członkowie ich rodzin.

Tabela 5. Program edukacji pacjentów z niewydolnością serca w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Informacje ogólne
<ul style="list-style-type: none"> - Patofizjologia i objawy niewydolności serca - Etiologia i rokowanie - Podstawowe informacje o leczeniu i konieczności przestrzegania zaleceń
Leczenie farmakologiczne
<ul style="list-style-type: none"> - Efekt działania, sposób dawkowania i czas przyjmowania leków - Objawy uboczne, działania niepożądane - Postępowanie w przypadku opuszczenia dawki leku - Dawkowanie diuretyków
Postępowanie niefarmakologiczne
<ul style="list-style-type: none"> - Obserwacja objawów pod kątem zaostrzenia - Codzienna kontrola masy ciała - Dieta - Palenie tytoniu - Odpoczynek i aktywność fizyczna - Szczepienia

SPOSOBY POPRAWY ZACHOWAŃ W ZAKRESIE**SAMOOPIEKI – STRATEGIE EDUKACJI**

Wśród różnych opinii na temat sposobu opieki nad pacjentem z niewydolnością serca na pierwszy plan wysuwa się konieczność systematycznej kontroli:

- przeprowadzanej samodzielnie przez pacjenta,
- przeprowadzanej w czasie regularnych wizyt w ośrodku lub wizyt lekarza w domu, jeżeli taki rodzaj opieki jest sprawowany (1).

Uważa się, że optymalny czas na wizytę pacjenta w ośrodku lub odwiedzinę lekarza w domu, połączone z udzieleniem informacji, to zakres około 2-3 tygodni po ustaleniu terapii i wypisaniu pacjenta ze szpitala. Zaleca się także indywidualną ocenę świadomości i wiedzy pacjenta na temat choroby. Forma edukacji jest uzależniona od możliwości ośrodka, jednak im bardziej jest urozmaicona i interaktywna, tym większa będzie jej skuteczność. Najlepiej, jeżeli w spotkaniu indywidualnym lub grupie pacjentów będą uczestniczyć osoby bliskie, które mają stanowić dodatkowe wsparcie i źródło motywacji dla chorego. Na pewnym etapie bardzo ważna może się okazać pomoc psychologa. Wskazane jest, aby w grupie osób sprawujących opiekę nad pacjentem z niewydolnością serca był rehabilitant, który w szczególności sposób wyjaśni i określi zakres aktywności fizycznej odpowiedniej dla chorego (1).

Dodatkowym sposobem poprawy opieki nad pacjentem z niewydolnością serca jest poradnictwo telefoniczne – chory może uzyskać poradę w razie jakichkolwiek wątpliwości. W wypadku zaostrzenia dolegliwości pacjent umawiany jest na dodatkową, poza harmonogramem, wizytę w ośrodku. Kontakt telefoniczny, zwłaszcza pomiędzy kolejnymi wizytami, czasami wykorzystuje się do udzielenia wsparcia psychicznego, jeżeli w danej chwili jest to pacjentowi potrzebne (1).

1. Wiedza jest konieczna do przestrzegania zaleceń.
2. Zwiększenie poziomu wiedzy nie musi prowadzić do zmiany zachowań.
3. Zmiana zachowań jest procesem złożonym, trudnym do osiągnięcia i utrzymania.

PROGRAM EDUKACYJNY Z ZAKRESU CHOROBY SERCA – NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI

Celem programu jest przekazanie pacjentom najważniejszych informacji dotyczących jednej z głównych chorób towarzyszących niewydolności serca, jaką jest nadciśnienie tętnicze.

W czasie udziału w programie edukacyjnym pacjent uzyska wiedzę:

- a) teoretyczną:
 - będzie wiedział, od czego zależy prawidłowe ciśnienie krwi,
 - pozna prawidłowe wartości ciśnienia krwi,
 - dowie się, czym jest nadciśnienie tętnicze,
 - pozna czynniki wpływające na rozwój nadciśnienia,
 - pozna rodzaje choroby nadciśnieniowej,
 - będzie potrafił wymienić objawy choroby nadciśnieniowej,
 - będzie wiedział, na jakiej podstawie rozpoznaje się nadciśnienie tętnicze,

- pozna techniki pomiaru ciśnienia krwi,
- pozna farmakologiczne i niefarmakologiczne metody leczenia nadciśnienia tętniczego;
- b) praktyczną:
 - będzie potrafił samodzielnie wykonać pomiar ciśnienia krwi,
 - będzie potrafił prowadzić dzienniczek samokontroli,
 - będzie potrafił samodzielnie przyjmować zalecane leki,
 - będzie kontrolował swoją wagę ciała, nauczy się obliczać swoje BMI – wskaźnik masy ciała,
 - będzie potrafił stosować odpowiednią dietę, która w szczególności będzie eliminowała nadmiar soli,
 - będzie rozumiał potrzebę aktywności fizycznej (1, 3, 14).

JAKOŚĆ ŻYCIA W NIEWYDOLNOŚCI SERCA

Edukacja pacjentów, przez poprawę ich świadomości w zakresie właściwego postępowania w chorobie, jak również zmniejszenie ryzyka zaostrzeń lub przynajmniej częstości ich występowania ma się przyczynić do poprawy jakości życia (1).

Pojęcie jakości życia jest trudne do zdefiniowania, co wynika z jego wielowymiarowości i złożoności. Mimo licznych badań socjologicznych, psychologicznych i ekonomicznych nad jakością życia nie ma wspólnej definicji, obejmującej wszystkie aspekty. Jakość życia często definiuje się jako subiektywną ocenę możliwości normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Z kolei definicja przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia określa jakość życia jako sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kultury i systemu wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów obowiązujących w jej środowisku (1).

Zakres oceny jakości życia obejmuje: stan fizyczny, psychiczny, stopień niezależności, relacje społeczne, przystosowanie do środowiska, religię, wierzenia, poglądy, przekonania. W badaniach medycznych oceniających jakość życia pacjentów najczęściej uwzględnia się stan fizyczny i psychiczny, obecność dolegliwości i ich wpływ na funkcjonowanie w życiu codziennym, stopień niezależności, samopoczucie ogólne oraz warunki społeczno-ekonomiczne. Definicja jakości życia określona przez WHO oraz metody stosowane w praktyce do jej oceny powszechnie uznają subiektywność otrzymanych wyników, przyjmując je za takie, które rzeczywiście odzwierciedlają stan pacjenta w danej sytuacji (1).

W związku z obserwowanym zjawiskiem wydłużania się czasu trwania życia oraz zwiększeniem się odsetka osób w podeszłym wieku, ocena jakości życia i czynników ją modyfikujących nabiera szczególnego znaczenia. Wśród elementów, które istotnie wpływają na jakość życia, należy wymienić: stan zdrowia, naturalny proces starzenia się, niepełnosprawność, czynniki psychologiczne – osobowość, warunki społeczno-ekonomiczne (wykształcenie, sytuacja zawodowa, stan rodzinny, warunki socjalno-bytowe), kontakty towarzyskie i zainteresowania (1).

PODSUMOWANIE

Potrzeba rozwoju działalności edukacyjnej skierowanej do pacjentów z niewydolnością serca wynika niewątpliwie z dobrze udokumentowanych, wymiernych korzyści

edukacji, takich jak: zwiększenie skuteczności leczenia, zmniejszenie częstości zaostrzenia niewydolności serca, poprawa jakości życia pacjentów. Optymalnym rozwiązaniem jest objęcie chorych i osób bezpośrednio sprawujących opiekę, członków rodziny kompleksową opieką medyczną, edukacyjną, pielęgniarstwą, rehabilitacyjną i psychologiczną, a także stworzenie systemu poradnictwa, który zapewni

pacjentowi dostęp do informacji w nagłej potrzebie. Rozwój ośrodków specjalizujących się w opiece nad pacjentami z niewydolnością serca lub zespołów sprawujących opiekę w obrębie danego ośrodka – na wzór istniejących i doskonale funkcjonujących w Europie Zachodniej – stwarza szansę poprawy jakości opieki, zwłaszcza nad pacjentami w zaawansowanej postaci choroby.

Adres do korespondencji:

Agata Szalast
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
tel. +48 504-822-597
a.bozenka@gmail.com

PIŚMIENNICTWO

1. Dubiel J, Korewicki J, Grodzicki T: Niewydolność serca. Via Medica, Gdańsk 2004.
2. Kaszuba D, Nowicka A: Pielęgniarstwo Kardiologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. PZWL, Warszawa 2011.
3. Pączek L, Mucha K, Foroniewicz B: Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa. PZWL, Warszawa 2006.
4. Swedberg K, Cleland J, Dargie H (red.): Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności serca. Wytyczne poste powiania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego – 2005. *Kardiologia Polska* 2005, 63: 5.
5. Banasiak W: Rozpoznawanie i leczenie przewlekłej niewydolności serca. *Med Praktyka* 2005; 09, <http://www.mp.pl/artykuly/26940>.
6. Wierusz-Wysocka B, Zozulińska-Ziółkiewicz D, Pisarczyk-Wiza D, Naskręta D: Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa, położnictwa i fizjoterapii. Wyd. U. Med. w Poznaniu, Poznań 2008.
7. Zozulińska D, Wierusz-Wysocka B: Rola i zasady edukacji terapeutycznej pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą w praktyce lekarza rodzinnego. http://www.termedia.pl/magazine.php?magazine_id=8&article_id=8885&magazine_subpage=FULL_TEXT z dnia 27.05.2009.
8. Andrzejak R, Silber M, Poręba R: Problemy w terapii nadciśnienia tętniczego w gabinecie lekarza rodzinnego. http://www.termedia.pl/magazine.php?magazine_id=8&article_id=8877&magazine_subpage=FULL_TEXT z dnia 27.05.2009.
9. Barić L, Osińska H: Podręcznik dla studentów i praktyków. PTOZ, Warszawa 2006.
10. Andruszkiewicz A (red.): Promocja zdrowia. Tom I. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Czelej, Lublin 2007.
11. Andruszkiewicz A (red.): Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Czelej, Lublin 2008.
12. Sycz T: Co powinniśmy wiedzieć zanim zaczniemy „uprawiać” promocję zdrowia. *W Cieniu Czepka* 2006; 3(185): 19-20.
13. Poznańska S, Płaszewska-Żywko L: Wybrane modele pielęgniarstwa. Podstawa praktyki pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
14. Kosmol A, Narkiewicz K, Szczęch R: Edukacja chorych z nadciśnieniem tętniczym w codziennej praktyce lekarskiej. http://www.termedia.pl/magazine.php?magazine_id=8&article_id=1451&magazine_subpage=FULL_TEXT z dnia 27.05.2009.

nadesłano: 07.05.2014
zaakceptowano do druku: 09.06.2014