

HOLISTYCZNO-FUNKCJONALNY ASPEKT SAMOOPIEKI PACJENTÓW Z NIWYDOLNOŚCIĄ SERCA

The holistic and functional aspect of self-care in heart failure patients

Barbara Prochota

Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie

adres do korespondencji: basiaprochota@poczta.onet.pl

STRESZCZENIE

W dobie ciągłego wprowadzania do medycyny innowacji technologicznych niezmiennie zasadniczą częścią codziennego procesu terapeutycznego nad pacjentem z niewydolnością serca jest opieka w domu pacjenta. Edukacja pacjenta jest bardzo ważnym elementem umożliwiającym choremu przestrzeganie wszystkich zaleceń i prowadzenie skutecznej samoopieki. Wiele aspektów niewydolności serca wymaga zaangażowania i dyskusji między lekarzem, pielęgniarką, pacjentem i jego rodziną. Dokładnego omówienia wymagają ograniczenia wynikające z przebiegu choroby, zasady przyjmowania leków, samokontroli parametrów, skutków ubocznych leczenia oraz rokowania dotyczące pacjenta. Aby samoopieka była realizowana przez pacjenta i jego najbliższe otoczenie, wszystkie wysyłane komunikaty do pacjenta muszą zostać przez niego przyjęte i zrozumiane. W sytuacji wzrostu zachorowań na niewydolność serca, która jest jedną z głównych przyczyn hospitalizacji i zgonów w Polsce, sumienne prowadzenie samoopieki staje się wskazaniem. Profesjonalna edukacja pacjenta i jego najbliższego otoczenia pozwala na zmniejszenie częstości ponownych hospitalizacji wynikających z dekomensacji niewydolności serca. Dobrze prowadzona samoopieka daje pacjentowi wymierne korzyści, poczucie satysfakcji, poprawę samooceny jakości życia. Koncepcja samoopieki jest coraz bardziej doceniana i zdobywa uznanie w całej Europie. Bierna postawa pacjenta jako odbiorcy usług medycznych nie przynosi korzyści ani choremu, ani systemowi opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: samoopieka, niewydolność serca, edukacja chorego.

SUMMARY

Despite the ongoing technological innovation in medicine, care at the patient's home remains a fundamental component of the treatment process for heart failure (HF) patients. Patient education is a crucial element enabling the patient to fully adhere to treatment and perform effective self-care. Many aspects of HF require the involvement of and discussion between the physician, the nurse, the patient and the patient's family. Issues to be discussed in detail include limitations imposed by the illness, guidelines for medication taking, self-control parameters, medication side effects, and prognosis. Self-care can only be performed by the patient and their relations if all information provided to the patient is properly received and understood. With the growing incidence of HF, which is one of the leading causes for hospitalization and mortality in Poland, proper self-care is highly advisable. Professional education of the patient and their relations contributes to reduced frequency of re-hospitalizations due to HF decompensation. Properly performed self-care entails a number of tangible benefits, increased patient satisfaction, and increased quality of life. The notion of self-care is gaining recognition and appreciation throughout Europe. A passive role of the patient as a recipient of medical services benefits neither the patient, nor the health care system.

Key words: self-care, heart failure, patient education.

WSTĘP

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje samoopiekę jako „osobistą opiekę zdrowotną”, której celem jest poprawa, przywrócenie zdrowia lub zapobieganie chorobom i ich leczenie. Są to działania indywidualne, w obrębie rodziny czy wspólnoty, do których zaliczyć można prowadzenie zdrowego trybu życia, przestrzeganie zaleceń lekarskich, utrzymywanie dobrego stanu zdrowia psychicznego, a także umiejętność samoobsługi.

Mimo ciągłego wprowadzania do medycyny innowacji technologicznych niezmiennie zasadniczą częścią codziennego procesu terapeutycznego nad pacjentem z niewydolnością serca jest opieka w domu pacjenta. Edukacja chorego jest więc bardzo ważnym elementem umożliwiającym pacjentowi przestrzeganie wszystkich zaleceń i prowadzenie skutecznej samoopieki. Wiele aspektów niewydolności serca wymaga zaangażowania i dyskusji między lekarzem, pielęgniarką, pacjentem i jego rodziną. Dokładnego omówienia wymagają ograniczenia wynikające z przebiegu choroby, zasady przyjmowania leków, samokontroli parametrów, skutków ubocznych leczenia oraz rokowania dotyczącego pacjenta. Aby samoopieka była realizowana przez pacjenta i jego najbliższe otoczenie, wszystkie wysyłane komunikaty do pacjenta muszą zostać przez niego przyjęte i zrozumiane.

Analiza literatury [1] pokazuje, że termin samoopieki funkcjo-

nował w pielęgniarstwie już od początku lat 70. ubiegłego stulecia. Łączył się z założeniami D. Orem [2] opisującymi trzy systemy opieki pielęgniarskiej: system całkowicie kompensacyjny (wszystkie czynności są wykonywane za pacjenta), system częściowo kompensacyjny (wykonywanie czynności za pacjenta jest znacznie ograniczone) oraz system wspierająco-uczący (pozostawienie opieki nad sobą pacjentowi). W ostatnim systemie działanie personelu medycznego sprowadza się do asystowania w rozwoju umiejętności samoopieki, w tym do udzielenia wszystkich niezbędnych informacji. Współcześnie zakłada się, że takie zmienne, jak poczucie samoskuteczności oraz subiektywnie postrzegana kontrola zdrowia, są ściśle związane z przekonaniem pacjentów o ich aktywnej roli w odniesieniu do własnego zdrowia [3].

Istnieje wiele czynników wpływających negatywnie na efektywną samoopiekę. Należą do nich: brak więzi rodzinnych, stres, niewystarczające informacje o własnej chorobie oraz zachowaniach prozdrowotnych, ograniczenie sprawności ruchowej, zaburzenia funkcji poznawczych, wiek oraz występowanie kilku chorób jednocześnie [4]. Wraz z wiekiem ilość i natężenie trudności wzrasta i coraz silniejszy staje się lęk przed utratą samodzielności i niezależności [5, 6]. Ponadto wśród pacjentów powyżej 60. roku życia współwystępująca depresja i zaburzenia funkcji poznawczych pogarszają rokowanie w odniesieniu do efektywności samoopieki i istotnie wpływają na obniżenie jakości życia [7, 8].

Koncepcja samoopieki zdobywa coraz większe uznanie w całej Europie. Związane to jest ze wzrostem presji na system opieki zdrowotnej ze strony rosnącej liczby pacjentów z chorobami przewlekłymi. Dotychczasowe rozwiązania, w których chory jest biernym odbiorcą usług medycznych, nie przenoszą pożądanego efektów. Konieczna staje się aktywna komunikacja personelu medycznego z pacjentem, z jego rodziną, której celem jest przygotowanie go do realizowania samodzielnej opieki.

Samoopieka (*self-care*) związana z nauczeniem się nowych procedur może u osób starszych napotykać na trudności związane z pogorszeniem sprawności psychofizycznej. Dlatego ocena możliwości rozumienia, przyswajania i powtarzania w przypadku pacjentów w wieku podeszłym jest bardzo istotna. Wymaga to oceny ich sprawności fizycznej i psychicznej (procesów poznawczych) w celu opracowania i wdrożenia programu samoopieki, który będzie możliwy do realizowania i przyniesie korzyści choremu i systemowi opieki zdrowotnej.

Raport Kalifornijskiej Fundacji Opieki Zdrowotnej głosi, że aby efektywność leczenia była zadowalająca, aż w 90% opieka nad pacjentem przewlekłe chorym powinna należeć do niego samego [9].

Podejmowanie zachowań zdrowotnych, satysfakcja z życia oraz akceptacja choroby to zmienne ściśle z sobą powiązane. Jeżeli wzrasta motywacja zdrowotna, wzrasta też skłonność do wybierania prozdrowotnego stylu życia i do podejmowania zadań w zakresie samoopieki [3].

Na szczególną uwagę zasługuje holistyczna koncepcja postępowania w niewydolności serca stanowiąca wyzwanie dla zespołów interdyscyplinarnych. Nadrzędnym elementem tej koncepcji (Klasa I zaleceń, Poziom A) jest konstruowanie kompleksowych programów leczenia dostosowanych do potrzeb i umiejętności pacjenta oraz osób sprawujących nad nim opiekę. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleca tworzenie zorganizowanych systemów opieki specjalistycznej mających na celu zmniejszenie częstości ponownych hospitalizacji i poprawę przeżycia chorych [10]. Łańcuch opieki (*chain-of-care*) składający się ze świadczeń udzielanych przez kardiologów, kardiochirurgów, pielęgniarki specjalistki w dziedzinie kardiologii, rehabilitantów, dietetyków, psychologów oraz lekarzy i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej wymaga wzajemnej współpracy, pozwalającej na uzyskanie pozytywnych efektów terapeutycznych. Do tego dołącza się kontrola pacjentów po wypisaniu ze szpitala, kiedy dyscyplina przy realizacji zaleceń jest warunkiem koniecznym leczenia, a tym samym powodzenia zaordynowanej terapii.

Istnieje jednak wiele barier utrudniających efektywną samoopiekę. Należą do nich: silny stres, brak więzi społecznych, niewystarczające informacje na temat własnej choroby oraz zachowań prozdrowotnych, ograniczenie sprawności psychoruchowej, wiek, współwystępowanie wielu chorób jednocześnie. Te elementy trzeba zawsze analizować przy opracowywaniu indywidualnych programów opieki.

Kluczowymi elementami samoopieki w niewydolności serca są: przestrzeganie diety (głównie ograniczenie podaży płynów i sodu), zachowanie aktywności fizycznej, przestrzeganie zaleceń dotyczących farmakoterapii oraz kontrolowanie objawów i określonych parametrów życiowych. Przestrzeganie zaleceń jest więc elementem samoopieki, a nie jej synonimem. Prowadzenie przez chorego sumiennej samoopieki jest podstawą skutecznego leczenia i dobrej współpracy z zespołem leczącym. Obawa przed ponowną hospitalizacją jest najczęstszym podawanym przez chorego powodem do przestrzegania zaleceń terapeutycznych [11]. Poprawa współpracy, prowadzenie samooceny i przestrzeganie zaleceń przez chorych pozwala w wymierny sposób wpływać na losy pacjentów.

Sumienne prowadzenie samoopieki w niewydolności serca pozwala na zmniejszenie częstości hospitalizacji spowodowanych

dekompensacją niewydolności serca. W rejestrach ostrej niewydolności serca nieprzebranie zaleceń wymienia się jako drugą co do częstości przyczynę prowadzącą do dekompensacji przewlekłej niewydolności serca. Co trzecia hospitalizacja z powodu zaostrzenia niewydolności serca jest wynikiem nieprzebrania zaleceń [11].

Odnosząc się do tematu w paradygmacie psychologii zdrowia, należy pamiętać, że efektywna samoopieka oznacza nie tylko podejmowanie zachowań prozdrowotnych, ale także akceptację choroby, czy też w szerszym kontekście – akceptację swojego stanu zdrowia oraz wysoki stopień satysfakcji z życia. Wyniki badań [12] dowodzą, że im satysfakcja z życia jest niższa, tym wyższa jest śmiertelność wśród osób starszych.

Edukacja prowadzona na każdym etapie kontaktu z pacjentem zwiększa współuczestnictwo pacjenta w procesie terapeutycznym i przygotowuje go do prowadzenia efektywnej samokontroli i samoopieki. Należy jednak pamiętać, aby nie traktować wszystkich pacjentów jako jednorodnej grupy docelowej. Różny poziom sprawności intelektualnej, zaburzeń procesów poznawczych powoduje trudności w zapamiętywaniu i uczeniu się nowych procedur, programów samoopieki. Indywidualne podejście do pacjenta w tym zakresie nie jest wyborem, ale wskazaniem.

NARZĘDZIA BADAWCZE DO OCENY POZIOMU SAMOOPIEKI W NIEWYDOLNOŚCI SERCA

Coraz częściej w kręgu zainteresowania pojawia się temat samoopieki pacjentów i jego znaczenie dla przebiegu i rokowania chorób przewlekłych. Niewydolność krążenia, podobnie jak w krajach najwyżej rozwiniętych, jest jedną z głównych przyczyn hospitalizacji i zgonów w Polsce. Jednak w przeciwieństwie do społeczeństw zachodnich dopiero niedawno zaczęto sobie uświadamiać znaczenie opieki holistycznej nad pacjentami z chorobami układu krążenia [13].

Prowadzone są badania nad prostymi instrumentami, które umożliwiłyby ocenę poziomu samoopieki wśród pacjentów z niewydolnością krążenia. Jednym z takich narzędzi, którym coraz częściej posługują się badający to zagadnienie, jest European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS) [14]. Kwestionariusz ten powstał w oparciu o teoretyczne założenia samoopieki autorstwa Orem [15]. Funkcjonują dwie wersje kwestionariusza do oceny samoopieki: 9- i 12-punktowa, które obejmują pytania odnoszące się do różnych zagadnień związanych z samoopieką. Dotyczą one codziennej kontroli masy ciała, poziomu aktywności fizycznej, stosowania diety niskosodowej, ilości przyjmowanych płynów oraz samoobserwacji ewentualnych symptomów niewydolności krążenia i odpowiedniej reakcji na nie [15]. Narzędzie przeszło pomyślnie walidację i ocenę psychometryczną w wielu populacjach oraz grupach kulturowych i doczekało się tłumaczeń oraz adaptacji [16–18].

Istniejący do niedawna brak odpowiednich polskojęzycznych narzędzi do diagnozy psychologicznej i społecznej tych chorych, w tym ich zapotrzebowania na programy edukacyjne, nie pozwalał na obiektywną ocenę skali tego problemu. W celu wypełnienia tej luki przygotowano polską adaptację EHFScBS. Przeprowadzono jej walidację w grupie pacjentów z niewydolnością krążenia. Tak 9-, jak i 12-punktowa skala EHFScBS została przetłumaczona na język polski i walidowana do użycia w populacji polskich pacjentów z niewydolnością serca [19, 20].

THE EUROPEAN HEART FAILURE SELF-CARE BEHAVIOUR SCALE (EUROPEJSKA SKALA SAMOOPIEKI PACJENTÓW Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA, 9 PYTAŃ)

Skala zawiera stwierdzenia dotyczące samoopieki chorych z niewydolnością serca. Badany podaje odpowiedź do każdego stwierdzenia zaznaczając cyfrę, która według pacjenta najtrafniej się do Niego odnosi. Odpowiedzi są w skali od „całkowicie się zgadzam” (1), do „zupełnie się nie zgadzam” (5). W przypad-

ku wątpliwości co do zawartych stwierdzeń pacjent określa cyfrę najbardziej zbliżoną do najbardziej odpowiadającej.

THE EUROPEAN HEART FAILURE SELF-CARE BEHAVIOUR SCALE (EUROPEJSKA SKALA SAMOOPIEKI PACJENTÓW Z NIWYDOLNOŚCIĄ SERCA, 12 PYTAŃ)

Zawiera stwierdzenia dotyczące samoopieki w przypadku niewydolności serca. Prosi się o podanie odpowiedzi do każdego stwierdzenia zakreślając numer, który według pacjenta najtrafniej się do Niego odnosi. Należy pamiętać, że odpowiedzi są w skali od „całkowicie się zgadzam” (1) do „zupełnie się nie zgadzam” (5). Nawet, jeżeli pacjent ma pewne wątpliwości co do zawartych w skali stwierdzeń, prosi się o zakreślenie cyfry, która najbardziej odpowiada pacjentowi.

BIBLIOGRAFIA

1. Adamczyk K. *Samoopieka w wybranych modelach opieki w eksperymencie pielęgniarskim*. Lublin: Akademia Medyczna; 2000.
2. Blak A. Wokół teorii Orem. *Pielęg* 2000; 3: 15–16.
3. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2001.
4. Glesgow RE, Toober DJ, Gillete CD. Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life. *Diabetes Spectrum* 2001; 1: 33–41.
5. Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF. Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *Ann Fam Med* 2007; 5(5): 395–402.
6. Lansburg G. Chronic pain management: a qualitative study of elderly people's preferred coping strategies and barriers to management. *Disabil Rehabil* 2000; 1–2: 2–14.
7. Noel PH, Williams JW, Unutzer J, et al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. *Ann Fam Med* 2004; 2(6): 555–562.
8. Gott M, Barnes S, Parker Ch, et al. Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age Ageing* 2006; 2: 172–177.
9. California Health Care Foundation. Patient Self-Management. Available from URL: <http://www.chcf.org/publications/2008/08/video-on-coaching-patients-for-successful-selfmanagement> (cyt. 02.12.2016).
10. Holland R, Battersby J, Harvey I, et al. Systematic review of multi-disciplinary intervention in heart failure. *Heart* 2005; 91: 899–906.
11. Sobański P, Kubica A, Sienkiewicz W. Przestrzeganie zaleceń jako element poprawy rokowania u chorych z przewlekłą niewydolnością serca. *Folia Cardiol Excerpta* 2010; 5(2): 70–73.

PODSUMOWANIE

Słabo dostrzegany do tej pory w praktyce problem samoopieki pacjentów z niewydolnością serca wymaga dalszych badań. Samoopieka pozwala na wypracowanie partnerstwa między pacjentem a personelem medycznym. Zaangażowanie w osobistą opiekę zdrowotną może pomóc poprawić jakość życia. Pozwala na lepsze zrozumienie swojej choroby, wprowadzenie w życie korzystnych zmian i rozwinięcie większej kontroli nad nimi. Dzięki samoopiece możemy wykorzystać pozytywny wpływ profilaktyki oraz skłonić pacjenta do podjęcia osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie i dobre samopoczucie.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.

Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

12. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictors of mortality among the elderly. *AJPH* 1982; 8: 800–808.
13. Karasek D, Kubica A, Sinkiewicz W, i wsp. Epidemia niewydolności serca – problem zdrowotny i społeczny starzejących się społeczeństw Polski i Europy. *Folia Cardiol Excerpta* 2008; 3(5): 242–248.
14. 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.
15. Orem D. *Nursing: concepts of practice*. 5th ed. St Louis, MO: Mosby; 1995.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
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, Wleklík 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:

Mgr Barbara Prochota
Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie
ul. Klonowa 1
46-300 Olesno
Tel. 34 350 96 15
E-mail: basiaprochota@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 05.01.2017 r.

Po recenzji: 20.01.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 20.01.2017 r.