





Rola edukacji zdrowotnej u chorych z niewydolnością serca

The role of health education in heart failure patients

Jolanta Kolasa¹ , Cezary Maciejewski² , Aleksandra Zych², Paweł Balsam² , Marcin Grabowski² 

¹Dział Medyczny Novartis Polska, Warszawa

²I Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Streszczenie

Według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego głównym celem postępowania u chorych z niewydolnością serca jest tworzenie efektywnych systemów opieki na każdym etapie ścieżki pacjenta, włączając w to opiekę szpitalną i ambulatoryjną. Strategie postępowania oparte na edukacji, wsparciu psychologicznym i monitoringu powinny stanowić fundamentalny element wielospecjalistycznych zespołów zajmujących się prowadzeniem chorych z niewydolnością serca (HF). W niniejszym artykule autorzy skupiają się na edukacji pacjentów, przedstawiając różne jej modele: edukację w modelu rozmowy bezpośredniej, wielospecjalistyczne programy opieki, aktywację członków rodziny chorego, edukację z zaangażowaniem farmaceutów, a także edukację związaną z planowaniem opieki terminalnej. Ponadto opisano zagadnienie alfabetyzmu zdrowotnego wśród chorych z HF oraz zaproponowano możliwe działania, dzięki którym pracownicy ochrony zdrowia mogą poprawić zrozumienie informacji na temat choroby oraz zdolność do samoopieki wśród pacjentów. Autorzy przeprowadzili również przegląd dostępnych danych z piśmiennictwa na temat skuteczności edukacji w HF.

Słowa kluczowe: niewydolność serca, stosowanie się do zaleceń, styl życia, farmakoterapia, edukacja zdrowotna, zaangażowanie chorych

Folia Cardiologica 2019; 14, 3: 252–257

Wstęp

Niewydolność serca (HF, *heart failure*) stanowi jeden z głównych i nierozwiązanych problemów zdrowia publicznego, przyczyniając się istotnie do znacznej śmiertelności i chorobowości w Polsce i na świecie. Według najnowszych danych epidemiologicznych rozpowszechnienie HF w krajach wysoko rozwiniętych szacuje się na 1–2% dorosłej populacji i ponad 10% wśród osób po 70. roku życia. Prognozy wskazują, że HF stanie się wiodącą przyczyną zgonów, a koszty związane z chorobą będą istotnie wzrastały. Niewydolność serca wpływa na pogorszenie jakości życia, przyczynia się do częstych, nawracających hospitalizacji, a także zwiększa ryzyko zgonu. Bez wątpienia farmakoterapia pozostaje podstawowym postępowaniem w HF,

niemniej chorzy mogą odnieść dodatkowe korzyści z udziału w różnego rodzaju programach edukacyjnych, skupiających się na dostarczaniu kompleksowych rozwiązań z zakresu opieki i monitorowania. Tego rodzaju strategie mogą być tworzone i realizowane przez zespoły wielospecjalistyczne, w skład których mogą wchodzić: kardiolodzy, pielęgniarki HF, lekarze pierwszego kontaktu, farmaceuci, psychologowie, pracownicy społeczni, fizjoterapeuci i inni.

W wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*) z 2016 roku dotyczących postępowania u pacjentów z HF wymieniono wiele metod postępowania pozafarmakologicznego pomocnych w opiece nad tą grupą pacjentów, podkreślając szczególne znaczenie zespołów wielospecjalistycznych, monitorowania oraz aktywności fizycznej. Przeglądy systematyczne

Adres do korespondencji: lek. Cezary Maciejewski, I Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Banacha 1a, 02–097 Warszawa, tel. +48 22 599 19 58, faks +48 22 599 19 57, e-mail: cmaciejewski6@gmail.com

wskazują na potencjalny wpływ różnych strategii edukacji pacjentów na poprawę rokowania, jakości życia, zmniejszenie liczby hospitalizacji, pogłębienie wiedzy na temat choroby, a także zdolności do samoopieki wśród chorych z HF, ale te dane są niejednoznaczne [1].

Edukacja osób z HF może się przyczyniać do utrwalenia zachowań prozdrowotnych, a także tych związanych z samokontrolą objawów, co w konsekwencji wpływa pozytywnie na modyfikację stylu życia. Edukacja powinna być dostosowana indywidualnie do potrzeb chorego, a także powinna angażować rodzinę i bliskich. Działania edukacyjne powinny się rozpoczynać w szpitalu i być kontynuowane tak długo jak to potrzebne z wykorzystaniem różnego typu urządzeń nowoczesnej technologii umożliwiających kontakt z chorym lub jego zdalny monitoring, zapewniając komfort i bezpieczeństwo we wrażliwym okresie szpitalnym.

Celem artykułu jest przedstawienie przeglądu piśmiennictwa na temat różnych strategii edukacji oraz metod pozwalających na rozwój zachowań prozdrowotnych u chorych z HF.

Miejsce edukacji i zaleceń związanych z samoopieką w wytycznych ESC 2016

Według wytycznych ESC dotyczących postępowania w HF z 2016 roku wielospecjalistyczne programy opieki powinny być tworzone z myślą o kompleksowej, wielopoziomowej opiece nad chorym z HF w celu zmniejszenia ryzyka hospitalizacji i obniżenia śmiertelności z klasą zaleceń I i poziomem wiarygodności A. Programy takie powinny zawierać ustrukturyzowaną, odległą obserwację w okresie po wypisie ze szpitala, edukację, optymalizację farmakoterapii, wsparcie psychospołeczne oraz ułatwiony dostęp do systemu ochrony zdrowia. Klasę zaleceń I z poziomem wiarygodności A zaproponowano również dla regularnych ćwiczeń aerobowych w celu poprawy wydolności fizycznej, zmniejszenia objawów oraz ryzyka hospitalizacji. Z tego powodu zachęta do regularnych ćwiczeń fizycznych i wyjaśnienie korzyści z nich płynących powinny stanowić kluczowy element edukacji chorych z HF. Istnieje wiele innych zachowań o charakterze samoopieki, które są rekomendowane w wytycznych, spośród których można wymienić chociażby regularny monitoring objawów przewodnienia, codzienne pomiary masy ciała, regulację podaży płynów, dostosowywanie dawki leku moczopędnego w zależności od nasilenia objawów, przestrzeganie zdrowej diety, zaprzestanie palenia tytoniu, kontrolę lub zaprzestanie spożycia alkoholu, unikanie nadmiernego dziennego spożycia soli (> 6 g/d.), rozpoznawanie objawów depresji czy korzystanie z profesjonalnego doradztwa. Jednakże z powodu braku jednoznacznych dowodów na to, że takie postępowanie przynosi efekty w postaci poprawy rokowania, chorobowości i jakości życia, nie zaproponowano dla nich ani klasy



Rycina 1. Zakres umiejętności dotyczących samoopieki, które pacjent powinien zdobyć w wyniku edukacji; HF (heart failure) – niewydolność serca

zaleceń ani odpowiedniego poziomu wiarygodności danych. Szczegółowe wskazówki uwzględniające tego typu postępowanie wraz z rekomendacjami praktycznymi podsumowano i zamieszczono w wytycznych Asocjacji Niewydolności Serca (HFA, Heart Failure Association) ESC [2–4] (ryc. 1).

Chorzy z ich rodziny powinni również posiadać pełną wiedzę dotyczącą metod postępowania w schyłkowym okresie HF. W tym przypadku zalecana jest szczegółowa edukacja w celu rozpoznania preferencji pacjenta co do możliwych sposobów postępowania. Edukacja przeprowadzona odpowiednio wcześniej, w okresie poprzedzającym schyłkową HF, może pomóc w wyborze odpowiedniej, akceptowanej przez chorego, strategii zmniejszenia dolegliwości i tym samym prowadzić do poprawy jakości życia.

Prowadząc działania edukacyjne wśród chorych z HF, edukatorzy powinni być świadomi potencjalnych ograniczeń w zakresie możliwości poznawczych i zdolności do zrozumienia przekazywanych treści przez chorych. Może to być wynikiem osłabienia funkcji poznawczych wynikających z procesu starzenia się, przebytych epizodów udaru lub stanów depresyjnych, a także przewlekłego niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego. Z tego powodu zaleca się, by edukacja była prowadzona przez wyszkolony personel będący częścią zespołu wielospecjalistycznego, z zaangażowaniem rodziny i bliskich, co może podnieść skuteczność działań edukacyjnych. Sposób edukacji i jej zakres powinny być dostosowane do możliwości poznawczych chorego oraz stopnia zaangażowania bliskich i rodziny. Można również rozważyć korzystanie z takich pomocy, jak pojemniki na leki, automatyczne urządzenia do pomiaru ciśnienia tętniczego

lub masy ciała czy dzienniczki samokontroli, które ułatwiają rozwój umiejętności z zakresu samokontroli.

Czynności edukacyjne powinny również stanowić element opieki w okresie okołowypisowym po epizodzie dekomensacji HF. Według ESC szpitale, w których wdrożono procedurę monitorowania chorego we wczesnym okresie po wypisie, a także te, które stosowały protokoły wypisowe z wyznaczaniem terminu kardiologicznej wizyty ambulatoryjnej wykazywały niższy odsetek 30-dniowych wczesnych rehospitalizacji z powodu HF w porównaniu z tymi, które takich procedur nie stosowały [2].

Koncepcja „alfabetyzmu zdrowotnego” a strategie postępowania z chorymi z niewydolnością serca

Alfabetyzm zdrowotny (*health literacy*) jest definiowany przez *Association of University Centers on Disabilities* (AUCD) (Stowarzyszenie Ośrodków Uniwersyteckich działających na rzecz osób z niepełnosprawnością) jako możliwości jednostki do pozyskania, przeprosocowania i zrozumienia podstawowych informacji związanych ze zdrowiem oraz z systemem ochrony zdrowia, niezbędnych do podjęcia właściwych decyzji związanych ze zdrowiem. Do czynników związanych z warunkami życia oraz rozwojem człowieka, które mają wpływ na poziom alfabetyzmu zdrowotnego jednostki należą: wykształcenie, indywidualne zdolności, płeć, proces starzenia się, kultura i język, warunki życia, rozwój we wczesnym dzieciństwie. Niski poziom alfabetyzmu utrudnia współpracę z pracownikami ochrony zdrowia, powoduje trudności w komunikacji i zrozumieniu zaleceń, co przekłada się na wyższą śmiertelność oraz ryzyko hospitalizacji.

Fabbri i wsp. [5] przeprowadzili w warunkach ambulatoryjnych prospektywne badanie poziomu alfabetyzmu zdrowotnego wśród 2487 pacjentów z HF, korzystając ze zwalidowanego zestawu pytań. Częstość występowania niskiego poziomu alfabetyzmu (definiowanego jako 8 z 15 możliwych do uzyskania pkt.) w badanej grupie pacjentów wynosiła 10,5%. Wyniki wskazują, że ryzyko zgonu wśród chorych z niskim poziomem alfabetyzmu zdrowotnego jest dwukrotnie wyższe w porównaniu z pacjentami z odpowiednim poziomem, nawet po skorygowaniu względem innych zmiennych, takich jak wiek, płeć, poziom edukacji, stan cywilny czy choroby współistniejące. Podobnie, ryzyko hospitalizacji w tej grupie wzrasta o 30% [5].

Niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego jest częstym zjawiskiem wśród osób z chorobami przewlekłymi, dlatego ocena możliwości pacjenta przed przystąpieniem do czynności edukacyjnych może pomóc dostosować przekaz do jego indywidualnych potrzeb i zwiększyć szansę na prawidłowe zrozumienie przekazywanych informacji. Do technik pomocnych przy edukowaniu chorych z niskim poziomem alfabetyzmu zdrowotnego należą: powolne mówienie,

używanie prostych słów i zdań, unikanie nazewnictwa medycznego, stosowanie krótkich zdań, wykorzystywanie metod interaktywnych: ilustracji, filmów itp. [6].

Jednym z narzędzi wykorzystywanych przez fachowy personel medyczny do oceny zrozumienia przekazywanych podczas edukacji treści oraz poprawy komunikacji z chorym jest technika *teach-back*. Polega ona na sprawdzaniu poziomu zrozumienia przekazywanych treści poprzez prośenie osoby edukowanej, aby powtarzała usłyszane informacje swoimi słowami. Pozwala to na bieżąco sprawdzać zrozumienie, korygować nieścisłości i wyjaśniać elementy, które nie zostały właściwie zrozumiane przez chorego. Skuteczność tej metody przebadano wśród chorych z HF, u których w wyniku jej stosowania zaobserwowano tendencję w kierunku redukcji częstości hospitalizacji z powodu HF [7].

Strategie oparte na edukacji chorych z niewydolnością serca

Edukacja bezpośrednia między pacjentem i pracownikiem ochrony zdrowia

Edukacja bezpośrednia stanowi podstawę działań edukacyjnych w ochronie zdrowia. Personel medyczny zajmujący się edukacją chorych powinien być właściwie przeszkolony i przygotowany. Aktywności edukacyjne mogą być prowadzone przez pielęgniarkę, lekarza, farmaceutę lub innego pracownika ochrony zdrowia, przygotowanego do roli edukatora, podczas pobytu chorego w szpitalu, w warunkach ambulatoryjnych lub z wykorzystaniem nowoczesnych technologii w okresie poszpitalnym.

Według danych z piśmiennictwa edukacja bezpośrednia prowadzona przez pielęgniarkę jest najczęściej wybieraną strategią w edukacji chorego z HF i może prowadzić do zmniejszenia częstości powtórnych hospitalizacji.

Breathett i wsp. [8] udowodnili, że częstość powtórnych hospitalizacji w okresie do 30 dni od ostatniej hospitalizacji była istotnie niższa w grupie chorych z HF edukowanych przez pielęgniarkę (20,4%; 23/113; $p = 0,001$) w porównaniu z grupą bez przeprowadzonej edukacji (50,0%; 14/28). Z kolei Rice i wsp. [9] dowiedli, że edukacja nie tylko zmniejsza częstość ponownych hospitalizacji, ale także wpływa na poprawę jakości życia i stanu psychicznego u chorych z HF.

Edukacja członków rodziny i bliskich

Konsekwencje HF dotyczą nie tylko chorych, ale mają również wpływ na ich rodziny i bliskich. Zrozumienie istoty choroby, problemów z nią związanych, także podstawowych zasad opieki, monitorowania objawów oraz konieczność akceptacji stopniowego pogorszenia jakości życia chorego często stanowią wyzwanie dla członków rodziny pacjenta. Bliscy muszą się zmierzyć z trudnym zadaniem motywowania i wspierania chorego, wprowadzaniem wymaganych zmian stylu życia, przygotowywaniem posiłków

i wypełnianiem zaleceń związanych z farmakoterapią. Wyniki wielu badań podkreślają znaczenie edukacji bliskich chorego i wskazują, że jest to jeden z kluczowych elementów opieki, niemniej dostępne dane na ten temat są ograniczone [10].

Stamp i wsp. [11] badali motywację i pewność siebie u chorych z HF w zależności od wsparcia rodziny. Grupa pacjentów wspieranych przez rodziny wykazywała istotny wzrost motywacji i pewności siebie (zmiana wartości wyjściowej z 72% do 90,6% po 4 mies.) w porównaniu z grupą standardową, w której nie obserwowano zmian. Chorzy wspierani przez rodziny mieli większą pewność w stosowaniu się do zaleceń związanych z farmakoterapią i dietą [11].

Według Dunbar i wsp. [12] edukacja i wsparcie rodziny przyczyniają się do lepszej kontroli zaleceń dietetycznych. U uczestników, których rodziny dawały mniej wsparcia, stwierdzano wyższe stężenia sodu względem wartości początkowych. Członkowie rodziny często przygotowują posiłki chorym i powinni być wyedukowani w zakresie zasad dotyczących diety, podaży płynów i sodu, aby efektywnie wspierać chorych w przestrzeganiu zaleceń [12].

Przewlekły charakter HF wymaga wprowadzenia trwałych zmian w stylu życia, które dotyczą nie tylko chorych, ale również członków ich rodzin. Zaangażowanie bliskich w proces leczenia może wzmacniać motywację i pewność siebie pacjenta, wesprzeć jego działania w zakresie samoopieki, poprawić stosowanie się do zaleceń, dlatego edukacja członków rodziny powinna stanowić integralną część systemów opieki nad tą grupą chorych.

Rola farmaceuty w edukacji chorego z niewydolnością serca

Celem opieki farmaceutycznej jest optymalizacja stosowania leków, co prowadzi do poprawy wyników leczenia. Farmaceuci mają możliwości poprawy wyników terapii u przewlekle chorych poprzez identyfikację interakcji między stosowanymi przez chorego lekami, rozpoznawanie działań niepożądanych związanych z przyjmowanymi lekami, edukację w zakresie zasad prawidłowego przyjmowania zalecanego leczenia oraz możliwych zdarzeń niepożądanych. W krajach wysoko uprzemysłowionych opieka farmaceutyczna stanowi integralną część opieki nad chorym i wiąże się z prawidłowym zalecaniem i przyjmowaniem leków. W Polsce opieka farmaceutyczna dopiero się rozwija i jej znaczenie będzie się zwiększało.

Jednym z innowacyjnych rozwiązań stosowanych w zakresie opieki farmaceutycznej w Polsce są Lekolepki, zwane inaczej etykietopiktogramami. Piktogramy umieszczone na opakowaniach leków wskazują na najważniejsze właściwości substancji aktywnych leków, sposobu podawania, dawkowania, przechowywania czy interakcji z innymi lekami. Stanowią one wsparcie dla chorych oraz ułatwienie dla lekarzy i farmaceutów [13].

Farmaceuci pracujący w aptekach otwartych, z uwagi na fakt, że stanowią wyedukowaną i łatwo dostępną grupę profesjonalnych pracowników ochrony zdrowia, mogą stanowić ważne ogniwo w edukacji chorych, zwłaszcza w zakresie prawidłowego przyjmowania zalecanych leków.

Bell i wsp. [14] przeprowadzili randomizowane badanie z grupą kontrolną, włączając 862 chorych ze zdekompenzowaną HF lub ostrym zespołem wieńcowym, aby ocenić wpływ zaangażowania farmaceutów na częstość zdarzeń sercowo-naczyniowych definiowanych jako czas do pierwszej, nieplanowanej hospitalizacji lub wizyty na izbie przyjęć w okresie szpitalnym. Mimo że w badaniu nie wykazano istotnych różnic w zakresie pierwszorzędowego punktu końcowego, jednak analiza stratyfikacyjna ujawniła istotną redukcję w zakresie zużycia nieplanowanych zasobów ochrony zdrowia w grupie chorych wykazujących niski stopień alfabetyzmu zdrowotnego [współczynnik ryzyka (HR, *hazard ratio*) = 0,41, 95-proc. przedział ufności (CI, *confidence interval*): 0,17–1,00] [14]. Przytoczone badanie pokazuje, że edukacja zdrowotna prowadzona przez farmaceutę może przyczynić się do poprawy wyników leczenia chorych z niskim poziomem alfabetyzmu zdrowotnego.

Edukacja prowadzona przez zespoły wielospecjalistyczne

Spośród wielu programów wielospecjalistyczne programy opieki zwierające edukację powinny stanowić kluczowy element kompleksowej opieki nad chorym z HF i są one tak samo istotne, jak właściwe leczenie farmakologiczne [15].

W skład zespołu wielospecjalistycznego realizującego opiekę nad chorymi z HF mogą wchodzić pielęgniarki, kardiolodzy, fizjoterapeuci, farmaceuci, dietetycy oraz inni pracownicy ochrony zdrowia. Do zadań takiego zespołu należą koordynacja opieki, edukacja, monitorowanie, a także wspieranie chorego w stosowaniu się do zaleceń, między innymi dotyczących farmakoterapii. Wykorzystywanie rozwiązań telemedycznych do zdalnego monitorowania takich parametrów, jak masa ciała, ciśnienie tętnicze lub częstość rytmu serca pozwala na lepszą kontrolę objawów i stanu klinicznego chorego [16] (ryc. 2).

Kalter-Leibovici i wsp. [16] wykazali w badaniu, że chorzy prowadzeni w okresie szpitalnym przez zespoły wielospecjalistyczne charakteryzowali się lepszą jakością życia i niższymi wskaźnikami depresji niż chorzy prowadzeni standardowo. Obserwowano również tendencję w kierunku redukcji liczby hospitalizacji [16].

Breathett i wsp. [8] opisali wielospecjalistyczną edukację prowadzoną przez pielęgniarkę na podstawie treści edukacyjnych prezentowanych przy użyciu tabletu. Mimo że takie rozwiązanie nie wpływało istotnie na redukcję częstości ponownych hospitalizacji w okresie 30 dni od wypisu ze szpitala w porównaniu z edukacją prowadzoną

	Kardiolog Planowanie i koordynacja leczenia pacjentów w oparciu o dostępne zasoby
	Pielęgniarka, fizjoterapeuta, dietetyk, farmaceuta Edukacja pacjentów
	Kardiolog, pielęgniarka, lekarz rodzinny Budowanie zaangażowania pacjentów
	Kardiolog Planowanie leczenia szpitalnego w oparciu o opiekę ambulatoryjną
	Pielęgniarka, kardiolog, lekarz rodzinny Nadzór nad pacjentem w okresie szpitalnym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii
	Kardiolog, chirurg Planowanie dostępu do zaawansowanych procedur leczniczych
	Psycholog Wsparcie psychologiczne dla pacjentów i ich rodzin

Rycina 2. Zadania wielospecjalistycznego zespołu prowadzącego chorych z niewydolnością serca

standardowo przez samą pielęgniarkę, to jednak chorzy byli bardziej zadowoleni, jeśli edukacja odbywała się z użyciem tabletu [8].

Wyniki niektórych badań wskazują, że wykorzystanie telemedycyny w opiece nad chorymi z HF, może wpływać na zmniejszenie częstości hospitalizacji [14, 17], jednak dowody potwierdzające wpływ tego typu rozwiązań na zmniejszenie hospitalizacji i śmiertelności nie są jednoznaczne [17].

Edukacja u schyłku życia

Zaawansowany plan opieki (ACP, *advance care planning*) jest cenną metodą edukacji stosowaną u osób w stadium terminalnym, która pozwala choremu zapoznać się z rokowaniem i dostępnymi sposobami postępowania, a następnie zdecydować, która metoda jest zgodna z jego preferencjami i możliwa do zaakceptowania przez niego w przyszłości. Idealnie byłoby rozpoczynać edukację na wczesnym etapie i kontynuować ją wraz z postępem choroby. W miarę możliwości, za zgodą pacjenta, rodzina powinna również zostać włączona w proces planowania schyłkowej fazy życia chorego [2, 18]. Mimo oczywistych korzyści dla chorego, metoda ta ciągle rzadko jest stosowana w Polsce.

W badaniu przeprowadzonym przez El Jawahri i wsp. [19] wśród chorych z zaawansowaną HF porównano efektywność wystandaryzowanej informacji na temat celu leczenia paliatywnego przekazywanej ustnie w porównaniu z informacją przekazywaną ustnie oraz podpartą wyświetleniem edukacyjnego filmu wideo. Grupa, która otrzymała informację ustną połączoną z materiałem wideo (grupa badana), statystycznie częściej wybierała opiekę nastawioną na komfort życia niż na jego przedłużenie (51 v. 22%; $p < 0,001$) w porównaniu z grupą edukowaną tylko za pomocą rozmowy (30 v. 41%), dodatkowo chorzy w grupie poddanej interwencji częściej zdecydowali o rezygnacji z resuscytacji krążeniowo-oddechowej czy intubacji w przypadku wystąpienia u nich stanu terminalnego oraz osiągnęli wyższe wskaźniki wiedzy w porównaniu z grupą kontrolną [19].

Przytoczone wyniki wskazują, że wykorzystanie materiałów wideo w edukacji pacjentów w schyłkowej fazie życia może wpłynąć na poprawę zrozumienia prezentowanych treści, a także na wybór sposobu leczenia przez chorego. Wyświetlenie filmu może także stanowić ułatwienie w prowadzeniu rozmowy między lekarzem a pacjentem na temat rokowania i postępowania w fazie terminalnej.

Wnioski

Programy opieki nad chorym z HF zawierające elementy edukacji są rekomendowane w wytycznych ESC jako uzupełnienie tradycyjnych metod postępowania. Mają one na celu zwiększenie zaangażowania pacjenta w proces leczenia poprzez poprawę zrozumienia istoty choroby, rozwinięcie umiejętności w zakresie samoopieki i samokontroli oraz utrwalenie zmian behawioralnych związanych z aktywnością fizyczną i zasadami żywienia. Programy edukacyjne mogą pomóc chorym radzić sobie z wyzwaniami związanymi z HF w bardziej proaktywny sposób. Bliższy i częstszy kontakt pacjenta z pracownikami ochrony zdrowia wpływa na poprawę komunikacji, a także buduje pewność siebie pacjenta, co prowadzi do zmniejszenia niepokoju i stresu związanego z chorobą.

Mimo istnienia wielu programów opieki nad chorymi z HF, z powodu trudności w standaryzacji procesu edukacji pacjentów, ich adaptacja przez systemy opieki zdrowotnej jest niewystarczająca i wymaga proaktywnych działań ze strony płatnika. Istnieje potrzeba wprowadzenia wielospecjalistycznego, skoordynowanego podejścia do opieki nad chorym z HF, które umożliwiłoby usystematyzowany monitoring szpitalny, edukację zdrowotną, optymalizację terapii oraz wsparcie psychologiczne w tej grupie chorych, prowadząc do postępowania skupionego bardziej na potrzebach samego pacjenta i jego rodziny.

Abstract

According to European Society of Cardiology guidelines, the goal of heart failure (HF) management is to provide an effective system of care through the whole patient's journey including hospital and ambulatory pathway. Strategies based on patients' education, psychosocial support and monitoring should be considered as a fundamental part of multidisciplinary disease management programs and may lead to a reduction in mortality and morbidity and improvement in the quality of life. In this article, we focus on patient's education strategies by describing different models: "one-to-one" strategies, multidisciplinary care management programs, activation of the family members, pharmaceutical care, and end-stage HF advance care planning. Furthermore, we explain the problem of health literacy among HF patients and describe actionable advice on how medical professionals can effectively improve patients' comprehension and knowledge on disease management and the ability for self-care. Lastly, we review the latest evidence on outcomes obtained by HF education.

Key words: heart failure, self-care, adherence, lifestyle, pharmacotherapy, health education, patient empowerment

Folia Cardiologica 2019; 14, 3: 252–257

Piśmiennictwo

- Unverzagt S, Meyer G, Mittmann S, et al. Improving treatment adherence in heart failure. *Deutsches Aerzteblatt Online*. 2016, doi: [10.3238/arztebl.2016.0423](https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0423).
- Ponikowski P, Voors A, Anker S, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016; 37(27): 2129–2200, doi: [10.1093/eurheartj/ehw128](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128).
- Lainscak M, Blue L, Clark AL, et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2011; 13(2): 115–126, doi: [10.1093/eurjhf/hfq219](https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq219), indexed in Pubmed: [21148593](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21148593/).
- McDonagh TA, Blue L, Clark AL, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Committee on Patient Care. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail*. 2011; 13(3): 235–241, doi: [10.1093/eurjhf/hfq221](https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq221), indexed in Pubmed: [21159794](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21159794/).
- Fabbri M, Yost K, Finney Rutten LJ, et al. Health literacy and outcomes in patients with heart failure: a prospective community study. *Mayo Clin Proc*. 2018; 93(1): 9–15, doi: [10.1016/j.mayocp.2017.09.018](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.09.018), indexed in Pubmed: [29217337](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29217337/).
- Osborn CY, Cavanaugh K, Kripalani S. Strategies to address low health literacy and numeracy in diabetes. *Clinical Diabetes*. 2010; 28(4): 171–175, doi: [10.2337/diaclin.28.4.171](https://doi.org/10.2337/diaclin.28.4.171).
- White M, Garbez R, Carroll M, et al. Is "teach-back" associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients? *J Cardiovasc Nurs*. 2013; 28(2): 137–146, doi: [10.1097/JCN.0b013e31824987bd](https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31824987bd), indexed in Pubmed: [22580624](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22580624/).
- Breathett K, et al. Pilot randomized controlled trial to reduce readmission for heart failure using novel tablet and nurse practitioner education. *Am J Med*. 2018; 131(8): 974–978.
- Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2018; 101(3): 363–374, doi: [10.1016/j.pec.2017.10.002](https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.002), indexed in Pubmed: [29102442](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29102442/).
- Nicholas Dionne-Odom J, Hooker SA, Bekelman D, et al. IMPACT-HF National Workgroup. Family caregiving for persons with heart failure at the intersection of heart failure and palliative care: a state-of-the-science review. *Heart Fail Rev*. 2017; 22(5): 543–557, doi: [10.1007/s10741-017-9597-4](https://doi.org/10.1007/s10741-017-9597-4), indexed in Pubmed: [28160116](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28160116/).
- Stamp KD, Dunbar SB, Clark PC, et al. Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016; 15(5): 317–327, doi: [10.1177/1474515115572047](https://doi.org/10.1177/1474515115572047), indexed in Pubmed: [25673525](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25673525/).
- Dunbar SB, Clark PC, Reilly CM, et al. A trial of family partnership and education interventions in heart failure. *J Card Fail*. 2013; 19(12): 829–841, doi: [10.1016/j.cardfail.2013.10.007](https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2013.10.007), indexed in Pubmed: [24331203](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24331203/).
- Merks P, Świczkowski D, Balcerzak M, et al. The evaluation of pharmaceutical pictograms among elderly patients in community pharmacy settings – a multicenter pilot study. *Patient Prefer Adherence*. 2018; 12: 257–266, doi: [10.2147/ppa.s150113](https://doi.org/10.2147/ppa.s150113).
- Bell SP, Schnipper JL, Goggins K, et al. Pharmacist Intervention for Low Literacy in Cardiovascular Disease (PILL-CVD) Study Group. Effect of Pharmacist Counseling Intervention on health care utilization following hospital discharge: a randomized control Trial. *J Gen Intern Med*. 2016; 31(5): 470–477, doi: [10.1007/s11606-016-3596-3](https://doi.org/10.1007/s11606-016-3596-3), indexed in Pubmed: [26883526](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26883526/).
- Yu M, Chair SY, Chan CWH, et al. A health education booklet and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psychological status of patients with heart failure. *Heart Lung*. 2015; 44(5): 400–407, doi: [10.1016/j.hrtlng.2015.05.004](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.05.004), indexed in Pubmed: [26054444](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26054444/).
- Kalter-Leibovici O, Freimark D, Freedman LS, et al. Israel Heart Failure Disease Management Study (IHF-DMS) Investigators. Disease management in the treatment of patients with chronic heart failure who have universal access to health care: a randomized controlled trial. *BMC Med*. 2017; 15(1): 90, doi: [10.1186/s12916-017-0855-z](https://doi.org/10.1186/s12916-017-0855-z), indexed in Pubmed: [28457231](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28457231/).
- Melin M, Häggglund E, Ullman B, et al. Effects of a tablet computer on self-care, quality of life, and knowledge: a randomized clinical trial. *J Cardiovasc Nurs*. 2018; 33(4): 336–343, doi: [10.1097/JCN.0000000000000462](https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000462), indexed in Pubmed: [29369123](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29369123/).
- Chow J, Senderovich H. It's time to talk: challenges in providing integrated palliative care in advanced congestive heart failure. a narrative review. *Curr Cardiol Rev*. 2018; 14(2): 128–137, doi: [10.2174/1573403X14666180123165203](https://doi.org/10.2174/1573403X14666180123165203), indexed in Pubmed: [29366424](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366424/).
- El-Jawahri A, Paasche-Orlow MK, Matlock D, et al. Randomized, controlled trial of an advance care planning video decision support tool for patients with advanced heart failure. *Circulation*. 2016; 134(1): 52–60, doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021937](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021937), indexed in Pubmed: [27358437](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27358437/).