

Przestrzeganie zaleceń jako element poprawy rokowania u chorych z przewlekłą niewydolnością serca

Piotr Sobański¹, Aldona Kubica², Władysław Sinkiewicz¹

¹II Katedra i Klinika Kardiologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Kryterium pozwalającym uznać chorego za aktywnie leczonego w badaniach wielośrodkowych jest przyjęcie przez niego co najmniej 80% należnej dawki badanego leku. Korzystnego wpływu leków udowodnionego w badaniach można więc oczekiwać, jeśli pacjenci przestrzegają zaleceń w porównywalnym stopniu. W rzeczywistości współpraca chorego wyrażona jako stosowanie się do zaleceń leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego wygląda znacznie gorzej. Poszukując coraz doskonalszych i bardziej skomplikowanych metod poprawy rokowania chorych z przewlekłą niewydolnością serca wydaje się, że nie doceniamy możliwości leżących w zasięgu ręki. Poprawa współpracy, prowadzenia samooceny i przestrzegania zaleceń przez chorych pozwala w wymierny sposób wpłynąć na losy pacjentów, bez ponoszenia dużych nakładów finansowych. Poprawa staranności samoopieki, minimalizując ryzyko wystąpienia zaostrzenia niewydolności serca, zmniejsza ryzyko hospitalizacji i poprawia jakość życia chorych. W artykule omówiono najważniejsze elementy pozwalające zachęcić pacjentów do aktywnego udziału w terapii oraz poprawić współpracę z zespołem leczącym w celu osiągnięcia optymalnych wyników leczenia. (Folia Cardiologica Excerpta 2010; 5, 2: 70–73)

Słowa kluczowe: przewlekła niewydolność serca, przestrzeganie zaleceń, samokontrola, przestrzeganie zaleceń

Samoopieka (*self-care*) określa proces polegający na podejmowaniu przez pacjenta zachowań sprzyjających utrzymaniu stabilnego stanu fizjologicznego. Samoopieka obejmuje także reagowanie na pojawiające się dolegliwości lub objawy, ich złagodzenie [1]. Elementami samoopieki są: przestrzeganie diety (głównie ograniczenie podaży płynów i sodu), zachowywanie 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. Edukacja powinna objąć nie tylko pacjentów, ale także ich najbliższych. Ułatwia to modyfikacje nawyków panujących w domu oraz większe wsparcie ze strony rodziny. Najczęściej podawanym przez chorych powodem, dla którego czują się zobowiązani do przestrzegania zaleceń

Adres do korespondencji: Dr n. med. Piotr Sobański, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75, 85–168 Bydgoszcz, e-mail: psoban@wp.pl

terapeutycznych, jest obawa przed rehospitalizacją i nawrotem objawów [2]. Z psychologicznego punktu widzenia korzystna byłaby zmiana motywacji do starannego leczenia z negatywnej (strach przed zaostreniem niewydolności serca wymagającym hospitalizacji lub nasileniem się objawów) na pozytywną (np. poprawa kontroli objawów lub ułatwienie utrzymania optymalnego wyrównania układu krążenia). Pozwoliłoby to na uzyskanie lepszej współpracy podbudowanej chęcią uzyskania celów pozytywnych. Można oczekiwać większej staranności w samokontroli, jeżeli chory rozumie, jakie znaczenie ma dla niego obserwowanie objawów lub mierzenie parametrów. Część pacjentów uważa, że kontroluje masę ciała tylko dlatego, że jest o to pytana na każdej wizycie. Według opinii samych pacjentów, używanie do opisu elementów samoopieki określeń: „zalecenie stałe”, „codzienna rutyna”, „ustanowiony rytuał”, „ustalona prawidłowość” pomaga w internalizacji konieczności codziennego dbania o przestrzeganie zaleceń. Na ogół chorzy uważają, że przyzwyczajenie się do danej czynności jest najtrudniejsze i czasem, po uznaniu jej za rutynową, wykonują ją bez poczucia obciążenia. Spotyka się jednak chorych, którzy potrzebują większego wsparcia dopiero w okresie podtrzymania nawyków. Kontynuowanie codziennych czynności i zachowanie ustalonego reżimu jest dla nich trudniejsze niż podejmowanie nowych wyzwań [2].

Sumienne prowadzenie samoopieki w niewydolności serca pozwala na zmniejszenie częstości hospitalizacji spowodowanych dekompenzacją niewydolności serca [3, 4]. W aktualnych rejestrach ostrej niewydolności serca nieprzestrzeganie zaleceń wymienia się jako drugą co do częstości przyczynę prowadzącą do dekompenсации przewlekłej niewydolności serca. Co trzecia hospitalizacja z powodu zaostrenia niewydolności serca jest wynikiem nieprzestrzegania zaleceń [5]. Wpływ przestrzegania zaleceń na zdarzenia sercowo-naczyniowe po hospitalizacji z powodu niewydolności serca oceniono w randomizowanym badaniu w grupie chorych > 70. roku życia z dużym ryzykiem rehospitalizacji. Wykazano, że edukacja chorych, połączona z monitorowaniem leczenia poszpitalnego, prowadzi do nieznamiennej redukcji śmiertelności oraz znamienego zmniejszenia częstości rehospitalizacji (RR 0,56; p = 0,02). Interwencje oceniane w badaniu były porównywalnie skuteczne jak stosowanie inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACE, *angiotensin converting enzyme*) w zakresie zmniejszenia ryzyka ponownej hospitalizacji i poprawy jakości życia. Grupa kontrolna była leczona standardowo przez lekarza rodzinnego. Mógł on modyfikować

leczenie, jednak u większości chorych terapię zaleconą na karcie wypisowej kontynuowano bez istotnych zmian. Wzrost częstości zdarzeń sercowo-naczyniowych w grupie kontrolnej nie wynikał więc z zaniechania leczenia zasadniczego. Ze względu na poszukiwanie sposobów poprawienia efektywności finansowych działań służby zdrowia istotne znaczenie ma fakt, że nakłady poniesione na organizację opieki ambulatoryjnej są istotnie mniejsze niż koszty rehospitalizacji, którym udało się zapobiec. Oszacowano, że w 1994 roku nakłady na ambulatoryjne monitorowanie leczenia niewydolności serca stosowane w cytowanym badaniu wynosiły jedynie 72 \$ miesięcznie w przeliczeniu na 1 pacjenta [6].

Rzetelność w przestrzeganiu zaleceń przekłada się na poprawę rokowania i przebieg choroby, dlatego warto na problem leczenia chorych spojrzeć szerzej niż tylko przez pryzmat przepisywanych recept. Założenie, że zalecenie farmakoterapii i leczenia nefarmakologicznego jest jednoznaczne z ich stosowaniem, jest błędne i może znacznie odbiegać od rzeczywistości [5]. Wykazano, że jedynie 34% pacjentów wypisanych ze szpitala po incydencie dekompenсации niewydolności serca przyjmuje leki zgodnie z instrukcjami umieszczonymi na karcie informacyjnej [7]. Tylko 80% pacjentów, którym przy wypisie zapisano inhibitory ACE, przyjmowało je miesiąc po hospitalizacji. W kolejnych miesiącach odsetek osób przyjmujących te leki obniżył się do 60% i dalej utrzymywał się na takim poziomie przez rok [8].

Pacjenci przestają przyjmować przepisane leki także z powodów, do których trudno jest się im przyznać. Do takich przyczyn zaprzestania przyjmowania leków należą: ich cena, ogólnie negatywne nastawienie do przyjmowania leków oraz pojawienie się zaburzeń seksualnych kojarzonych przez chorych z przepisnymi lekami. Depresja, która często występuje wśród chorych z przewlekłą niewydolnością serca, jest jednym z najistotniejszych czynników zmniejszających stopień przestrzegania zaleceń [9]. W tabeli 1 przedstawiono najczęstsze przyczyny nieprawidłowego przyjmowania leków [7].

Przestrzeganie diety, spożycie soli i wody. Ocenia się, że około 80% pacjentów przestrzega diety niskosodowej (wg aktualnych danych holenderskich). Pacjenci często omijają zalecenia odnoszące się do diety, ponieważ nie umieją zaakceptować zmiany smaku niesolonych pokarmów. Z kolei chorzy, którym doradza się ograniczenie podaży płynów, łamią zalecenia z powodu nieakceptowalnego uczucia suchości w jamie ustnej. Ważnym elementem poradnictwa dietetycznego jest informowanie, jak radzić sobie z niedogodnościami wynikającymi

Tabela 1. Przyczyny nieprawidłowego przyjmowania leków w populacji 202 chorych wypisanych ze szpitala po incydencie ostrej dekompensacji przewlekłej niewydolności serca [7]

Przyczyna nieprawidłowego przyjmowania leków	Częstość występowania
Przyjmowanie dodatkowo leków stosowanych wcześniej	68%
Niezrozumienie instrukcji na wypisie	57%
Sprzeczności (lub pozorne sprzeczności) między zaleceniami zawartymi na karcie wypisowej a instrukcjami udzielonymi przez innego lekarza	22%
Brak zaufania do nowych leków	19%
Koszty leków	18%
Brak przekonania o konieczności stosowania nowego leku lub leków	9%
Przyjmowanie tego samego leku w różnych preparatach (nieznajomość nazw leków generycznych i oryginalnych)	8%
Obawa przed działaniami niepożądanymi nowych leków	7%
Omyłkowe przyjmowanie leków współmieszkańców	7%

z zalecanych ograniczeń. Restrykcję sodu na przykład warto wprowadzać stopniowo, wówczas wpływ braku soli na smak potraw nie jest mniej dotkliwy. Sól można zastąpić pikantnymi przyprawami. Pozwala to na utrzymanie restrykcji sodu przy zachowaniu walorów smakowych potraw. Stosowanie świeżych warzyw na kanapki jest alternatywą dla wysokosodowych dodatków, jak kielbasy czy sery. W zachowaniu reżimu wodnego pomocne bywa: odmierzenie ilości wypitych płynów, dzielenie całej objętości płynów, jakie można wypić w ciągu dnia na porcje spożywane w określonych odstępach czasu, picie bardzo zimnych napojów, ssanie kostek lodu lub przyrządzanych własnoręcznie lizaków lodowych, dodawanie świeżej mięty do płynów oraz ograniczenie słodzenia. Nie ma jednoznacznych danych na temat spożywania alkoholu w niewydolności serca. Na ogół uważa się, że, podobnie jak w populacji ogólnej, kobiety nie powinny spożywać więcej niż jednego drinka dziennie, a mężczyźni więcej niż 2 drinków. Osobom z niewydolnością serca o etiologii alkoholowej zaleca się zwykle całkowitą abstynencję. Ogólnie, należy stosować dietę umożliwiającą utrzymanie optymalnego stanu odżywienia. Optymalny dla pacjentów z niewydolnością serca wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) wynosi $< 30\text{--}32 \text{ kg/m}^2$ [1]. Według licznych

badania niska masa ciała wiąże się ze złym rokowaniem, także w przypadku niewydolności serca. Kacheksja sercowa zwykle nie wynika jednak z niedoborów dietetycznych, tym niemniej sugeruje się, że dietę powinno się tak dobrać, aby pokryć zapotrzebowanie zarówno pod względem energetycznym, jak i jakościowym. Częste hospitalizacje, zwłaszcza w zaawansowanej niewydolności serca, niestety sprzyjają niedożywieniu, które może wynikać z depresji będącej reakcją na częste pobyty w szpitalu albo z niedopasowania diety szpitalnej do nawyków żywieniowych chorych [10]. Chociaż w sposób intuicyjny chciałoby się zalecać unikanie otyłości u chorych z niewydolnością serca, jednak wyniki badań obserwacyjnych wskazują na lepsze rokowanie chorych z nadwagą. Zjawisko to nazywa się paradoksem otyłości w niewydolności serca [11]. Nie ma więc argumentów na rekomendowanie odchudzania pacjentom z niewydolnością serca. Ze względu na globalne ryzyko sercowo-naczyniowe optymalnym wydaje się dążenie do utrzymania prawidłowej masy ciała [1].

Samokontrola masy ciała. W opublikowanym ostatnio badaniu holenderskim wykazano, że tylko 35% chorych z przewlekłą niewydolnością serca waży się przynajmniej 3 razy w tygodniu. Najczęstszymi przyczynami zaprzestawania kontroli masy ciała są zapomnienie o ważeniu lub przekonanie o bezcelowości kontrolowania masy ciała, jeśli była ona stabilna przez dłuższy czas. Spotyka się także pacjentów, którzy są przekonani, że są sami w stanie wykryć retencję płynów bez konieczności kontroli masy ciała. Inni natomiast ważą się dopiero, gdy zaczynają zauważać u siebie obrzęki. U pacjentów otyłych niechęć do ważenia się wynika dodatkowo z faktu, że wynik pomiaru za każdym razem przypomina im o nadwadze i powoduje poczucie obniżonej jakości życia. Należy podpowiadać pacjentom sposoby, które pozwalają na łatwiejsze przyzwyczajenie się do zasad samokontroli. Stawianie wagi w widocznym miejscu w sypialni lub łazience, bez konieczności wyciągania jej na przykład spod łóżka, jest wymieniane przez chorych ważących się regularnie jako sposób ułatwiający wprowadzenie codziennego nawyku ważenia się. Zapisywanie wyniku zapobiega zapomnieniu o pomiarach i stanowi element pozwalający w wizualny sposób przedstawić prowadzenie samokontroli w czasie wizyt ambulatoryjnych [2].

Edukacja jako element wspomagający przestrzeganie zaleceń. Nauczenie pacjentów prostego podziału leków na grupy posiadające określone działanie sprawia, że chorzy lepiej rozumieją cel ich przyjmowania. Wiedza o zawartości sodu

w różnych potrawach znacznie poprawia możliwość unikania jego nadmiaru w potrawach. Niektórzy chorzy podają, że unikają potraw, które smakują zbyt słono. Okazuje się jednak, że poproszeni o wymienienie potraw, jakich unikają z tego powodu, wymieniają zaledwie kilka lub nie są w stanie wymienić ani jednej. Unikanie nadmiernie słonych potraw jest więc deklaracją niż praktyczną regułą. Chorzy przypuszczają, że nadmiar soli można wypłukać, myjąc pokarmy pod bieżącą wodą [2]. Niektórzy pacjenci są przekonani, że dodanie słodkich owoców do słonych potraw zmniejsza intensywność słonego smaku, a przez to łagodzi także skutki spożycia sodu. Ważnym elementem edukacji związanej z gospodarką sodową jest przeanalizowanie z chorym interpretacji wyników pomiaru stężenia sodu we krwi. Zdarza się, że chorzy, którzy nie stosują diety niskosodowej, widząc prawidłowe lub wręcz obniżone stężenie sodu w surowicy, sądzą, że spożywają wystarczająco mało lub wręcz za mało sodu [2].

Analizując z pacjentem prowadzenie samokontroli i przestrzeganie zaleceń, należy pamiętać, że nabywanie właściwych nawyków jest procesem wymagającym czasu. Trzeba zastanowić się, jakie elementy współpracy są niezadawalające, jakie są tego przyczyny i jak można tę współpracę poprawić. Często pierwszym etapem poprawy istniejącego stanu rzeczy jest wytłumaczenie znaczenia zachowań, których próbujemy chorego nauczyć. Szeroko pojętą edukację należy dostosować pod względem zakresu i szczegółowości do percepcji chorego i jego rodziny.

Podsumowanie

Wytworzenie aktywnej postawy chorego w procesie jego własnego leczenia jest trudnym zadaniem, które wymaga zaangażowania nie tylko samego pacjenta, ale także jego rodziny i całego zespołu leczącego. Warunkiem skutecznego leczenia jest nie tylko zapisywanie leków zgodnie z aktualnymi standardami, ale także ich sumienne przyjmowanie oraz przestrzeganie wielu zasad składających się na samokontrolę i samoleczenie. Wprowadzenie w życie wszystkich elementów tego procesu jest zadaniem wymagającym poświęcenia czasu. Na podstawie codziennej praktyki wiadomo, że aktywne włączenie do leczenia pacjenta i jego rodziny jest często

niedoceniane. Zaangażowanie pacjentów w proces ich leczenia może być tak samo skuteczne jak podawanie nowoczesnych leków. Warto więc, dążąc do poprawy rokowania chorych z niewydolnością serca, wykorzystać także te, leżące niewątpliwie w zasięgu naszych możliwości, metody.

Piśmiennictwo

1. Riegel B., Moser D.K., Anker S.D. i wsp. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2009; 120: 1141–1163.
2. Van der Wal M.H., Jaarsma T., Moser D.K., van Gilst W.H., van Veldhuisen D.J. Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands. *Heart Lung* 2009; 39: 121–130.
3. McAlister F.A., Stewart S., Ferrua S., McMurray J.J. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2004; 44: 810–819.
4. Jovicic A., Holroyd-Leduc J.M., Straus S.E. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc. Disord.* 2006; 6: 43.
5. Nieminen M.S., Brutsaert D., Dickstein K. i wsp. EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. *Eur. Heart J.* 2006; 27: 2725–2736.
6. Rich M.W., Beckham V., Wittenberg C. i wsp. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N. Engl. J. Med.* 1995; 333: 1190–1195.
7. Moser D.K., Doering L.V., Chung M.L. Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. *Am. Heart. J.* 2005; 150: 984.
8. Butler J., Arbogast P.G., Daugherty J. i wsp. Outpatient utilization of angiotensin-converting enzyme inhibitors among heart failure patients after hospital discharge. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2004; 43: 2036–2043.
9. Morgan A.L., Masoudi F.A., Havranek E.P. i wsp. Difficulty taking medications, depression, and health status in heart failure patients. *J. Card. Fail.* 2006; 12: 54–60.
10. Tibaldi V., Isaia G., Scarafioti C. i wsp. Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure: a prospective randomized controlled trial. *Arch. Intern. Med.* 2009; 169: 1569–1575.
11. Kenchaiah S., Gaziano J.M., Vasan R.S. Impact of obesity on the risk of heart failure and survival after the onset of heart failure. *Med. Clin. North. Am.* 2004; 88: 1273–1294.