

Izabella Uchmanowicz¹, Beata Jankowska-Polańska¹, Joanna Rosińczuk¹, Agnieszka Zborowska², Marta Wleklik¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wpływ edukacji kardiologicznej na jakość życia chorych z niewydolnością serca

Impact of cardiac education on the quality of life in patients with heart failure

STRESZCZENIE

Wstęp. Pomimo dynamicznego rozwoju w zakresie podejmowanych działań diagnostyczno-terapeutycznych w niewydolności serca, dużą rolę przypisuje się wdrażaniu kompleksowych programów zdrowotnych, których nieodłącznym elementem składowym jest edukacja. Właściwie prowadzona pozwala na przygotowanie chorych do efektywnej samoopieki, samo-kontroli (*self-care, self-control*) i pozytywnie wpływa na subiektywnie odczuwaną jakość życia.

Cel. Określenie wpływu sposobu prowadzonej edukacji na jakość życia chorych z przewlekłą niewydolnością serca.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 100 osób (76 mężczyzn, 24 kobiety), średnia wieku $66,26 \pm 11,29$. Do badania włączono 50 pacjentów edukowanych przez przedstawicieli systemu ochrony zdrowia (lekarza POZ, lekarza kardiologa, pielęgniarki) w sposób podstawowy. Drugą część grupy stanowili pacjenci biorący udział w dodatkowej edukacji zorganizowanej. Materiał badawczy zgromadzono, korzystając z analizy dokumentacji medycznej oraz przy użyciu standaryzowanych narzędzi badawczych: skali depresji Becka pozwalającej na ocenę występowania objawów depresyjnych oraz kwestionariusza SF-36 do oceny jakości życia.

Wyniki. Chorzy edukowani dodatkowo osiągnęli istotnie statystycznie ($p = 0,000$) wyższe wyniki w domenach kwestionariusza SF-36: RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH oraz w zsumowanej jakości życia w komponentach: psychicznej (MCS) oraz fizycznej (PCS).

Wnioski. Pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca obejmowani dodatkową zorganizowaną edukacją kardiologiczną uzyskują wyższe wyniki jakości życia.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (1): 75–80

Słowa kluczowe: niewydolność serca; edukacja; jakość życia; samoopieka

ABSTRACT

Introduction. Despite the dynamic development in the field of diagnostic measures and treatment in heart failure, a major role is attributed to the implementation of the skill-adapted educational sessions which are an integral component of comprehensive health programs. Properly carried out education allows to prepare patients for effective self-care and self-control and influences positively on the quality of life.

Aim. Assessment of the impact of the training method on the quality of life in patients with chronic heart failure.

Material and methods. The survey was conducted among 100 patients (76 men, 24 women), mean age 66.2 ($SD \pm 11.29$). The study included 50 patients educated by the nurses in a primary care. The second group of patients participated in additional education. The data was collected by using the analysis of medical records and using standardized research tools: Beck Depression Scale allowing for the assessment of depressive symptoms and SF-36 to assess quality of life.

Results. Additionally educated patients achieved statistically significant ($p = 0.000$) higher scores in all domains of the SF-36 (RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH) except summed PF and the quality of life in the component: mental (MCS) and physical (PCS).

Conclusion. Patients with chronic heart failure, who undergo additional education obtain higher scores of quality of life results.

Nursing Topics 2015; 23 (1): 75–80

Key words: heart failure; education; quality of life

Adres do korespondencji: dr n.med. Izabella Uchmanowicz, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny Wrocław, ul. Bartla 5, 51–617 Wrocław, tel.: 71 348 42 10, e-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0013

Wstęp

W ostatnich dwóch dekadach nastąpił dynamiczny rozwój w diagnostyce, leczeniu oraz działaniach mających na celu zwiększenie świadomości zdrowotnej pacjentów cierpiących z powodu niewydolności serca (HF, *heart failure*,) oraz ich rodzin [1]. Rekomendacje oraz cele terapeutyczne, do których powinno się dążyć w HF zostały szczegółowo określone zarówno przez europejskie, jak i amerykańskie towarzystwa zajmujące się problemem niewydolności serca. Na szczególną uwagę zasługuje holistyczna koncepcja postępowania w niewydolności serca, stanowiąca wyzwanie dla zespołów wielodyscyplinarnych. Nadzrędnym 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. Łańcuch opieki (*chain-of-care*) składający się ze świadczeń udzielanych przez kardiologów, kardiochirurgów, pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego, rehabilitantów, dietetyków, psychologów, jak również lekarzy oraz pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej wymagający ścisłej, wzajemnej współpracy, pozwala na uzyskiwanie pozytywnych efektów terapeutycznych. Tylko poprawnie działający, jednolity system opieki zarówno na poziomie ambulatoryjnym, specjalistycznym, jak i w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej może mieć rzeczywisty wpływ na zmniejszenie odsetka rehospitalizacji czy optymalizację kosztów leczenia w HF. Badania pokazują, że edukacja będąca elementem składowym programów leczenia HF pozwala na przygotowanie chorych do prowadzenia efektywnej samoopieki i samokontroli (*self-care and self-control*) [2–6].

Właściwie prowadzona przez przedstawicieli systemu ochrony zdrowia ciągła edukacja kardiologiczna (w szczególności przez pielęgniarki posiadające specjalistyczną wiedzę w zakresie opieki nad pacjentami ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego) zwiększa współuczestnictwo pacjentów w procesie terapeutycznym i pozytywnie wpływa na subiektywnie odczuwaną jakość życia.

Cel

Celem niniejszego badania było określenie wpływu sposobu edukacji (edukacja podstawowa vs. edukacja dodatkowa zorganizowana) na jakość życia chorych z przewlekłą niewydolnością serca.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród pacjentów zgłaszających się na wizytę kontrolną do poradni kardiologicznej w okresie I półrocza 2014 roku. Badaniem objęto 100 osób (76 mężczyzn, 24 kobiety), średnia

wieku $66,26 \pm 11,29$ ze zdiagnozowaną przewlekłą niewydolnością serca. Do badania włączono 50 losowo wybranych pacjentów, edukowanych przez przedstawicieli systemu ochrony zdrowia w sposób podstawowy (lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza kardiologa, pielęgniarki rodzinnej), czyli podczas hospitalizacji, wizyt kontrolnych, badań diagnostycznych. Drugą część grupy badawczej stanowili pacjenci biorący udział w dodatkowej edukacji zorganizowanej, prowadzonej przez pielęgniarkę specjalistkę w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Dodatkową edukację zorganizowaną stanowił cykl grupowych (10 pacjentów) sesji edukacyjnych (na pełen cykl składały się cztery sesje edukacyjne, trwające po 45 minut każda, w równych 3-tygodniowych odstępach). Partycypacja w spotkaniach była dobrowolna. Pacjenci podczas czterech spotkań edukacyjnych zdobywali wiedzę na temat choroby (czynniki ryzyka, objawy, powikłania, leczenie), a także umiejętności przydatne w samoopiece (*self-care*) i samokontroli (*self-control*) — zdolność monitorowana i rozpoznawania objawów podmiotowych (duszność, napadowa duszność nocna, zmniejszenie tolerancji wysiłku, obrzęki wokół kostek, utrata apetytu, uczucie pełności) i przedmiotowych (tachykardia, niemiernie tętno, tachypnoe > 16 oddechów/min) oraz podejmowania realistycznych decyzji w sytuacjach pogorszenia swojego stanu zdrowia, rozumienia wskazań do stosowania leków, ich dawkowania i działania, w tym działań niepożądanych, elastycznego dawkowania diuretyków, kontroli diety (wraz z motywacją do wykluczenia używek oraz modyfikacji podaży płynów) oraz masy ciała, podejmowania aktywności fizycznej dostosowanej do umiejętności i wydolności (w tym aktywności seksualnej), racjonalnego planowania podróży.

Kryteriami włączenia do badania były: klinicznie potwierdzona niewydolność serca według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego [2] oraz dobrowolna zgoda na uczestnictwo. Kryteria wyłączenia to: brak zgody na udział w badaniu, rozpoznanie choroby psychicznej oraz niewydolność serca zdiagnozowana *de novo*. Odstęp czasowy pomiędzy pomiarami wynosił 14 tygodni.

Materiał badawczy zgromadzono korzystając z analizy dokumentacji medycznej oraz przy użyciu następujących standaryzowanych narzędzi badawczych:

- skali depresji Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*) [7, 8], składającej się z 21 pytań, pozwalającej na ocenę występowania objawów depresyjnych na trzech poziomach: brak depresji lub obniżenie nastroju (0–10 pkt.), depresja umiarkowana (11–27 pkt.), depresja ciężka (≥ 28 pkt.)

— kwestionariusza SF-36 (*Short Form 36*) [9], zawierającego 36 pytań, umożliwiającego ocenę jakości życia w 8 domenach: PF (*physical functioning*) — funkcjonowanie fizyczne, RP (*role physical*) — ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego, BP (*bodily pain*) — dolegliwości bólowe, GH (*general health*) — ogólna ocena stanu zdrowia, VT (*vitality*) — witalność, SF (*social functioning*) — funkcjonowanie społeczne, RE (*role emotional*) — ograniczenia aktywności z powodów emocjonalnych, MH (*mental health*) — zdrowie psychiczne. Dodanie komponentów fizycznych (PF, RP, BF, VT) pozwala dodatkowo ocenić poziom aktywności fizycznej (PCS, *physical component summary*). Komponenty umysłowe (SF, RE, MH, GH) oceniają poziom aktywności umysłowej (MCS, *mental component summary*). Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (numer zgody 739/2012).

Opracowanie wyników badań ankietowych i klinicznych opierało się na analizie statystycznej dla cech mierzalnych (ilościowych) oraz analizie statystycznej cech niemierzalnych (jakościowych) z wykorzystaniem testów niezależności chi-kwadrat Pearsona i Fishera. Dla wszystkich parametrów ilościowych (mierzalnych) wyznaczono podstawowe statystyki opisowe ($M \pm SD$, Min.–Maks.) oraz sprawdzono zgodność ich rozkładu z rozkładem normalnym. Ocenę zgodności przeprowadzono testem Smirnowa-Kolmogorowa na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Istotność różnic wartości średnich w dwóch próbach (edukacja podstawowa vs. edukacja dodatkowa zorganizowana) dla parametrów o rozkładzie normalnym i o jednorodnych wariancjach sprawdzono testem *t*-Studenta. Jednorodność wariancji sprawdzono testem Leven'a. W przypadku porównywania dwóch cech, z których przynajmniej jedna miała rozkład istotnie różny od rozkładu normalnego korzystano z nieparametrycznego testu *U* Manna-Whitneya. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu programów statystycznych SPSS 21 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel. Za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,005$.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 100 osób (76 mężczyzn, 24 kobiety), średnia wieku grupy badanej wynosiła $66,26 \pm SD 11,29$. Średnia wartość frakcji wyrzutowej lewej komory (LVEF, *left ventricular ejection fraction*) w badanej grupie wyniosła: $34,45 \pm SD 11,75$. Przeważały osoby znajdujące się II (40%) i III (47%) klasie czynnościowej według NYHA (*New York Heart Association*). Średnia liczba punktów w skali BDI wyniosła $12,68 \pm SD 7,4$. U 44 badanych odnotowano występowanie objawów depresyjnych na poziomie

Tabela 1. Podstawowe statystyki opisowe zmiennych nominalnych badanej grupy

Table 1. Basic descriptive statistics of nominal variables in examined group

Zmienne nominalne		n = 100	%
Edukacja	Dodatkowa	50	50
	Standardowa	50	50
Płeć	Kobiety	24	24
	Mężczyźni	76	76
NYHA	I	5	5
	II	40	40
	III	47	47
	IV	8	8
Skala BDI	1	44	44
	2	52	52
	3	4	4

n — liczebność; NYHA — *New York Heart Association*; BDI — *Beck Depression Inventory*

pierwszym (brak depresji, obniżenie nastroju), u 52 osób na poziomie drugim (umiarkowana depresja), u 4 osób odnotowano 3 poziom (depresja ciężka). Najwyższy średni wynik w kwestionariuszu SF-36 grupa badawcza uzyskała w podskalach dotyczących funkcjonowania społecznego (SF — $52,33$; $SD \pm 7,84$) i ograniczeniach aktywności z powodu problemów emocjonalnych (RE — $52,33$; $SD \pm 7,86$). Najniższy średni wynik uzyskano w domenie związanej z funkcjonowaniem fizycznym (PF — $43,31$; $SD \pm 3,77$). Podstawowe statystyki charakteryzujące grupę badawczą pod względem socjodemograficznym i klinicznym zamieszczono w tabelach 1 i 2. Porównanie wartości zmiennych nominalnych oraz ilościowych u osób uczestniczących w edukacji dodatkowej zorganizowanej i podstawowej umieszczono w tabelach 3 i 4.

Wszyscy badani w I klasie czynnościowej według NYHA (10,4%) byli edukowani w sposób podstawowy. W klasie II większość grupy także stanowiły osoby objęte podstawowym wymiarem edukacji (34% vs. 47,9%). W klasie III przeważały osoby biorące udział w dodatkowych spotkaniach edukacyjnych (60% vs. 35,4%). W IV klasie znajdowało się 6,3% osób edukowanych w sposób podstawowy oraz 6% edukowanych dodatkowo. Pod względem klasyfikacji według NYHA porównywane grupy różniły się w sposób istotny statystycznie $p = 0,022$ (tab. 3).

Średnia wieku osób edukowanych dodatkowo była wyższa od średniej wieku pacjentów znajdującej się

Tabela 2. Podstawowe statystyki opisowe zmiennych ilościowych badanej grupy**Table 2.** Basic descriptive statistics of quantitative analysis in examined group

Zmienne ilościowe	n	M ± SD	Min.÷Maks.
Średnia lat kształcenia	100	10,32 ± 2,33	8÷16
Wiek	100	66,26 ± 11,29	24÷88
LVEF (%)	100	34,45 ± 11,75	15÷80
Punkty BDI	100	12,68 ± 7,44	0÷35
SF-36 PF	100	43,31 ± 3,77	34÷54
SF-36 RP	100	50,81 ± 6,32	32÷64
SF-36 BP	100	52,18 ± 6,63	30÷66
SF-36 GH	100	51,54 ± 6,96	34÷66
SF-36 VT	100	51,35 ± 7,10	36÷66
SF-36 SF	100	52,33 ± 7,84	34÷68
SF-36 RE	100	52,33 ± 7,86	36÷72
SF-36 MH	100	51,02 ± 7,59	30÷64
MCS	100	51,78 ± 6,43	34÷63
PCS	100	49,41 ± 4,66	34÷59

n — liczebność; M ± SD — średnia ± odchylenie standardowe (standard deviation); Min ÷ Maks — Minimum ÷ Maksimum; LVEF (*left ventricular ejection fraction*) — frakcja wyrzutowa lewej komory; BDI (Beck Depression Inventory) — skali depresji Becka; PF (physical functioning) — funkcjonowanie fizyczne; RP (role physical) — ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego; BP (bodily pain) — dolegliwości bólowe; GH (general health) — ogólna ocena stanu zdrowia; VT (vitality) — witalność; SF (social functioning) — funkcjonowanie społeczne; RE (role emotional) — ograniczenia aktywności z powodów emocjonalnych; MH (mental health) — zdrowie psychiczne; PCS (physical component summary) — poziom aktywności fizycznej; MCS (mental component summary) — poziom aktywności umysłowej.

w drugiej grupie: 67,12 ± SD 13,79 vs. 65,40 ± SD 8,12 (tab. 4).

W grupie edukowanej w sposób podstawowy średnia lat kształcenia była wyższa od średniej lat kształcenia w grupie edukowanej dodatkowo: 10,46 ± SD 2,40 vs. 10,18 ± SD 2,28. Różnica ta nie była jednak znamieną statystycznie (tab. 4).

Pacjenci edukowani dodatkowo mieli statystycznie istotną ($p = 0,048$) wyższą LVEF w porównaniu z osobami niebiorącymi udziału w dodatkowej edukacji (36,60 ± SD 2,72 vs. 32,30 ± SD 10,40).

U osób nieedukowanych dodatkowo odnotowano wyższą średnią punktację w skali BDI, wskazującą na wyższy poziom depresji, aniżeli u z grupy edukowanej podczas dodatkowych spotkań (13,32 ± SD 7,43 vs. 12,04 ± SD 7,49). Zależność ta nie okazała się istotna statystycznie (tab. 4).

W domenach kwestionariusza SF-36: RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH oraz w zsumowanej jakości życia w komponentach: psychicznej (MCS) oraz fizycznej (PCS) osoby edukowane dodatkowo uzyskały istotne statystycznie ($p = 0,000$) wyższe wyniki jakości życia od osób edukowanych w sposób podstawowy (tab. 4).

Dyskusja

Niewydolność serca stanowi narastający, poważny problem medyczno-społeczny, nie tylko w krajach rozwiniętych Europy Zachodniej czy Ameryki Północnej, ale również w społeczeństwie polskim. Wśród przyczyn utrudniających opiekę nad chorymi z niewydolnością serca wymienia się między innymi niedostateczną edukację chorych, brak umiejętności samooceny i samokontroli, brak wszechstronnie zintegrowanego systemu opieki. Istnieje zatem potrzeba wdrożenia nowego modelu opieki nad chorymi z HF, ukierunkowanego na postępowanie zgodne ze

Tabela 3. Porównanie wartości zmiennych nominalnych u osób uczestniczących w edukacji dodatkowej i standardowej
Table 3. Comparison with values of nominal variables among additionally & non-additionally educated participants

Zmienne nominalne		Edukacja dodatkowa		Edukacja standardowa		p
		n	%	n	%	
Płeć	Kobiety	13	26	11	23	0,640
	Mężczyźni	37	74	39	78	
	Razem	50	100	50	100	
NYHA	I	0	0	5	10,4	0,022
	II	17	34	23	47,9	
	III	30	60	17	35,4	
	IV	3	6	5	6,3	
	Razem	50	100	50	100	

n — liczebność; NYHA — New York Heart Association; p — współczynnik istotności statystycznej

Tabela 4. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w grupie osób edukowanych w sposób standardowy oraz edukowanych dodatkowo**Table 4.** Comparison with values of quantitative analysis among additionally & non-additionally educated participants

Zmienne ilościowe	Edukacja dodatkowa		Edukacja standardowa		p
	M ± SD	Min. ÷ Maks.	M ± SD	Min. ÷ Maks.	
Śr. lat kształcenia	10,18 ± 2,28	8 ÷ 16	10,46 ± 2,40	8 ÷ 16	0,509
Wiek	67,12 ± 13,79	24 ÷ 88	65,40 ± 8,12	48 ÷ 82	0,450
LVEF	36,60 ± 12,72	15 ÷ 70	32,30 ± 10,40	17 ÷ 80	0,048
Punkty BDI	12,04 ± 7,49	0 ÷ 34	13,32 ± 7,43	0 ÷ 34	0,310
PF	54,50 ± 4,68	40 ÷ 64	43,58 ± 3,97	34 ÷ 52	0,695
RP	54,50 ± 4,68	40 ÷ 64	47,12 ± 5,57	32 ÷ 64	0,000
BP	56,26 ± 3,57	46 ÷ 64	48,10 ± 6,49	30 ÷ 66	0,000
GH	55,20 ± 4,82	40 ÷ 64	47,88 ± 6,91	34 ÷ 66	0,000
VT	55,20 ± 4,82	40 ÷ 62	47,48 ± 6,93	36 ÷ 66	0,000
SF	55,98 ± 5,08	40 ÷ 64	48,68 ± 8,43	34 ÷ 68	0,000
RE	50,00 ± 6,26	40 ÷ 68	48,20 ± 8,24	36 ÷ 72	0,000
MH	50,00 ± 6,26	40 ÷ 64	46,60 ± 6,11	30 ÷ 60	0,000
MCS	55,72 ± 3,52	47 ÷ 62	47,84 ± 6,28	33 ÷ 62	0,000
PCS	52,26 ± 2,67	47 ÷ 59	46,57 ± 4,50	34 ÷ 57	0,000

n — liczebność; M ± SD — średnia ± odchylenie standardowe (*standard deviation*); Min÷Maks. — Minimum÷Maksimum; p — współczynnik istotności statystycznej; LVEF (*left ventricular ejection fraction*) — frakcja wyrzutowa lewej komory; BDI (*Beck Depression Inventory*) — skali depresji Becka; PF (*physical functioning*) — funkcjonowanie fizyczne; RP (*role physical*) — ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego; BP (*bodily pain*) — dolegliwości bólowe; GH (*general health*) — ogólna ocena stanu zdrowia; VT (*vitality*) — witalność; SF (*social functioning*) — funkcjonowanie społeczne; RE (*role emotional*) — ograniczenia aktywności z powodów emocjonalnych; MH (*mental health*) — zdrowie psychiczne; PCS (*physical component summary*) — poziom aktywności fizycznej; MCS (*mental component summary*) — poziom aktywności umysłowej.

standardami: obniżającego odsetek rehospitalizacji, śmiertelność, redukującego koszty i poprawiającego jakość życia pacjentów i ich rodzin [3, 10].

W Polsce pierwszą próbę stworzenia prawidłowego modelu opieki nad chorymi z niewydolnością serca podjęto w 2002 roku w II Klinice Kardiologii, Katedry Kardiologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Po roku obserwacji pacjentów zakwalifikowanych do tego programu odnotowano poprawę wskaźników jakości życia oraz samokontroli i samoopieki [3, 6, 11]. Seto i wsp. w swoich badaniach dowiedli, że brak edukacji dotyczącej samoopieki jest jednym z głównych czynników wpływających na jakość życia chorych [12].

Celem badania własnego była ocena jakości życia pacjentów z HF uczestniczących w dodatkowej edukacji zorganizowanej. Odnotowano u nich wyższe średnie wyniki jakości życia, w zakresie domen funkcjonowania fizycznego (52,26 vs. 46,57) i psychicznego (55,72 vs. 47,84), aniżeli u pacjentów edukowanych podstawowo.

Podobne wyniki uzyskali Jaarsma i wsp. [13], którzy dodatkowo porównywali jakość życia chorych z HF poddanych zorganizowanej edukacji w odstępach czasowych: po 1 miesiącu, po 3 miesiącu oraz po 9 miesiącu od dnia zakończenia hospitalizacji.

Opublikowane w 2009 roku wyniki badań przeprowadzonych w Tolouse (Francja) w grupie 100 pacjentów z HF także pokazują pozytywny wpływ wiedzy zdobytej w trakcie edukacji na umiejętności i chęć do samoopieki [5].

Poprawę jakości życia chorych z niewydolnością serca w swoich badaniach wykazała także Krzemińska i wsp. Badania przeprowadzone w grupie 100 pacjentów pozwoliły stwierdzić, że działania edukacyjne przyczyniają się do poprawy jakości życia w tej grupie pacjentów [14].

W przeprowadzanym w latach 2003–2005, 2006–2007 programie Polgard odnotowano poprawę jakości życia oraz zmniejszenie liczby hospitalizacji w ciągu roku u pacjentów z HF, którzy brali udział tylko w jednym spotkaniu z edukatorem [15].

Pacjenci z grupy edukowanej dodatkowo byli częściej w klasie NYHA II lub III, co zatem oznacza, że znajdowali się w bardziej zaawansowanym stadium klinicznym choroby. Badanie Riegel i wsp. udowodniło, że edukacja multidyscyplinarna jest bardziej efektywna u pacjentów z wyższą klasą NYHA (II–IV) i doprowadza do poprawy jakości życia w tej grupie [16]. Nie mniej jednak niektóre z badań nie wykazały zależności pomiędzy częstotliwością edukacji a jakością życia u pacjentów z HF [17].

W analizie własnej pacjenci biorący udział w dodatkowej edukacji kardiologicznej uzyskali niższy średni wynik w skali BDI od pacjentów biorących udział w podstawowej formie edukacji. Mimo że świadczyło to o mniejszym nasileniu objawów depresyjnych u osób edukowanych dodatkowo, w obu grupach uzyskane wyniki kwalifikowały pacjentów do grupy o umiarkowanym stopniu depresji. Z kolei Drohomiecka i wsp. podają, że u co ósmego chorego z HF stwierdza się objawy przemawiające za depresją. Objawy depresyjne częściej obserwuje się u pacjentów w wyższych klasach NYHA [18]. W badaniu Jiang i wsp. przy użyciu skali BDI odnotowano większe ryzyko zgonu u osób z nasileniem objawów depresyjnych [19]. Badacze zaznaczają istotny wpływ depresji na rokowanie i jakość życia chorych z niewydolnością serca [20].

Większość z dotychczas przeprowadzonych analiz wskazuje, że zorganizowana, ukierunkowana edukacja prowadzona przez zespoły multidyscyplinarne wpływa na polepszenie wyników jakości życia chorych z niewydolnością serca [13, 21, 22]. Zatem wyniki badania własnego zgodne są z wynikami badań innych autorów. Podsumowując, można stwierdzić, że dodatkowa zorganizowana edukacja prowadzona przez pielęgniarki wyspecjalizowane w tym zakresie, może wpływać na polepszenie jakości życia chorych z niewydolnością serca.

Wnioski

Pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca obejmowani dodatkową zorganizowaną edukacją kardiologiczną uzyskują wyższe wyniki jakości życia.

Piśmiennictwo

- Korewicki J., Tendera M., Aldona B. i wsp. Założenia programu IMPROVEMENT. *Folia Cardiol.* 2003; 10 (1): 23–28.
- Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania oraz leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca na 2012 rok. *Kardiol. Pol.* 2012; 70 (supl. III): 106–112.
- Wierchowicki M., Poprawski K. Jaki model opieki ambulatoryjnej nad chorym z niewydolnością serca? *Forum Medycyny Rodzinnej.* 2008; 2 (1): 1–13.
- Koelling T.M., Johnson M.L., Cody J.R. i wsp. Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients with Chronic Heart Failure. *Circulation* 2005; 111: 179–185.
- Roncalli J., Perez L., Pathak A. Improvement of young and elderly patient's knowledge of heart failure after an educational session. *Clinical Medicine: Cardiology.* 2009; 3: 45–52.
- Grabia A., Nowicka A., Szyszka A. Czy pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca przestrzegają zaleceń dotyczących leczenia? *Nowiny Lekarskie* 2012; 81 (2): 170–174.
- Parnowski T., Jernajczyk W., Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr. Pol.* 1977; 11: 417–421.
- Beck AT. Comparison of Beck Depression Inventories-IA i -II in psychiatric outpatients. *J. Personal. Assess.* 1996; 67: 588–597.
- Piotrowicz R., Tylka J. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 — wersja polska. *Kardiol. Pol.* 2009; 67: 1166–1169.
- Gilmour J., Strong A., Chan H. i wsp. Primary health care nurses and heart failure education: a survey. *J. Prim. Health Care* 2014; 6 (3): 229–237.
- Wierchowicki M., Poprawski K., Nowicka A. i wsp. A New programme of multidisciplinary care for patients with heart failure In Poznań: one-year follow-up. *Kardiol. Pol.* 2006; 64: 1063–1070.
- Seto E., Leonard K.J., Cafazzo J.A. i wsp. Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *J. Cardiovasc. Nurs.* 2011; 26 (5): 377–385.
- Jaarsma T., Halfens R., Tan F. i wsp. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung* 2000; 29: 319–330.
- Krzemińska S., Borodziej-Cedro A., Arendarczyk M. Wpływ edukacji na jakość życia i ponowne hospitalizacje u chorych z niewydolnością serca. *Piel. Zdr. Publ.* 2011; 1 (1): 57–64.
- http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal1_oglosz_edu_chrozdin_12042006.pdf; data pobrania: 15.08.2014.
- Riegel B.J., Clarson B., Glaser D., Hoagland P. Which heart failure patients respond best to a multidisciplinary disease management program? *J. Cardiac. Fail.* 1999; 5 (1): 68.
- Cline C.M.J., Israelsson B.Y.A. Cost effective management program for heart failure reduces hospitalization. *Heart* 1998; 80: 442–446.
- Drohomiecka A., Jankowska A.E., Banasiak W., Ponikowski P. Depresja u chorych z niewydolnością serca. *Kardiol. Pol.* 2008; 66: 1325–1332.
- Jiang W., Kuchibhatla M., Cuffe MS. i wsp. Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation* 2004; 110: 3452–3456.
- Szyguła-Jurkiewicz B., Duszańska A., Poloński L. Czy obecność zaburzeń depresyjnych jest problemem u pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca? *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2008; 118: 1–5.
- Kutzleb J., Reiner D., The impact of nurse — directed patients education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J. A.M. Acad. Nurse Pract.* 2006; 18 (3): 116–123.
- Lycholib E., Celutkienė J., Rudys A. i wsp. Patient education significantly improves quality of life, exercise capacity and BNP level in stable heart failure patients. *Acta Cardiol.* 2010; 65 (5): 549–556.