

Є.В. Єщенко

## ВПЛИВ НАВЧАННЯ ХВОРИХ САМОКОНТРОЛЮ ТА САМОДОПОМОЗИ НА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

**Реферат.** Метою дослідження була оцінка впливу індивідуального та групового навчання хворих навичкам самоконтролю та самопомоги на прихильність до лікування та якість життя при хронічній серцевій недостатності. Під наглядом перебувало 120 хворих на хронічну серцеву недостатність ішемічної етіології (77 чоловіків і 43 жінки, середній вік  $62,8 \pm 9,8$  років). Пацієнти були розділені на 3 групи: у 1-й проводили індивідуальне навчання після оцінки рівня медичної грамотності, пацієнти 2-ї групи відвідували групові лекції, пацієнтам контрольної групи надавали загальноприйнятні рекомендації. На початку дослідження та через 6 місяців оцінювали прихильність до лікування, здатність до самопомоги та якість життя. Показано, що навчання хворих на хронічну серцеву недостатність самоконтролю та самопомоги сприяє покращенню їх прихильності до лікування та якості життя. Порівняльна оцінка запропонованих методів виявила більшу ефективність індивідуального навчання, оскільки в цій групі, крім більш значущого росту рівня здатності до самопомоги, спостерігалось також підвищення прихильності до лікування та покращення якості життя порівняно з контрольною групою.

**Ключові слова:** хронічна серцева недостатність, навчання самоконтролю та самопомоги, прихильність до лікування, якість життя, здатність до самопомоги.

Боротьба з будь-якою хронічною хворобою передбачає постійне комплексне лікування хворого, яке включає дотримання пацієнтом певного способу життя, регулярний прийом призначених ліків та нагляд медичних працівників. Лікування хронічної серцевої недостатності (ХСН) відповідає тим самим принципам.

Слід відзначити, що ХСН сьогодні залишається дуже поширеною патологією, і захворюваність на неї продовжує зростати. З одного боку, це обумовлено існуючою тенденцією до старіння населення, з іншого боку – успіхами в інтервенційній кардіології та кардіохірургії, які сприяють підвищенню виживання хворих при багатьох серцево-судинних захворюваннях, що призводить до більш частого розвитку ХСН [7]. Загалом понад 23 млн. жителів Землі страждає на ХСН, а приблизно половина хворих помирає впродовж 5 років після першої госпіталізації з приводу її декомпенсації [5].

За останні роки в лікуванні ХСН намітився значний прогрес, адже були отримані переконливі дані щодо високої ефективності низки фармакологічних препаратів – інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, антагоністів рецепторів до ангіотензину-ІІ,  $\beta$ -адреноблокаторів, антагоністів рецепторів

до альдостерону [10]. Рандомізовані контрольовані дослідження підтвердили можливості цих препаратів покращувати прогноз життя хворих на ХСН, зменшувати показники смертності та частоти декомпенсацій [10], але низька прихильність пацієнтів до терапії стає значущим бар'єром на шляху до реалізації сучасних досягнень та отримання очікуваних результатів.

Дуже важливим в лікуванні ХСН є постійний безперервний прийом призначених препаратів, регулярне виконання фізичних вправ та дотримання дієтичних рекомендацій, головними з яких вважаються обмеження вживання рідини та солі. Отже пошук ефективних методів покращення прихильності хворих до лікування при ХСН залишається актуальним і зараз.

Причин, чому хворі не виконують те, що рекомендує їм лікар, багато, проте ключовою проблемою вважається їх низька медична грамотність [12]. Це поняття вперше з'явилося в медичній літературі в 90-х роках минулого століття. Під терміном «медична грамотність» (*health literacy*) пацієнта розуміється здатність отримувати, розуміти і використовувати медичну інформацію для підтримки або поліпшення стану свого здоров'я [12].

Низька медична грамотність хворих на ХСН істотно ускладнює реалізацію навичок самоконтролю і самопомоги в повному обсязі і підвищує ризик розвитку несприятливих результатів. Так, за даними ретроспективного когортного дослідження, проведеного Peterson P.N. et al. [11], встановлено, що низький рівень медичної грамотності хворих на ХСН незалежно пов'язаний з високими показниками їх смертності. Отже виявлення хворих з низьким рівнем медичної грамотності і подальше надання їм додаткової підтримки в реалізації самопомоги та оптимізації терапії може суттєво покращити якість лікування ХСН.

Основним способом підвищення рівня медичної грамотності хворих та прихильності до лікування є навчання, що передбачає покращення їх інформованості про своє захворювання та тренування навиків самоконтролю та самопомоги [3]. Поліпшення якості життя та прихильності пацієнтів до терапії внаслідок навчання було виявлено у ряді досліджень [1, 8, 9]. Але невизначеним залишається питання про те, яка методика навчання є найкращою і найбільш ефективною. Раніше нами вивчався вплив різних способів покращення інформованості хворих з ХСН на частоту та тривалість повторних госпіталізацій [2].

**Таблиця 1.** Клініко-демографічні показники груп пацієнтів

Показник	1-а група (n=40)	2-а група (n=40)	Контрольна група (n=40)
Стать, чоловіки, n (%)	23 (57,5 %)	28 (70 %)	26 (65 %)
Вік, років (M±σ)	63,7±9,7	63,7±8,6	61,1±11,0
Тривалість ХСН, років (Me (Q1;Q3))	6 (3; 11)	6,5 (3,5; 12,5)	7 (3,5; 10)
Інфаркт міокарда в анамнезі, n (%)	20 (50 %)	18 (45 %)	23 (57,5 %)
Цукровий діабет, n (%)	14 (35 %)	10 (25 %)	13 (32,5 %)
ІМТ, кг/м <sup>2</sup> (Me (Q1;Q3))	27,7 (25,5; 30,5)	27,6 (24,9; 30,5)	28,7 (27,0; 30,9)
Паління, n (%)	3 (7,5 %)	9 (22,5 %)	11 (27,5 %)
ФК ХСН, n (%)			
II ФК	19 (47,5 %)	18 (45 %)	18 (45 %)
III ФК	13 (32,5 %)	16 (40 %)	15 (37,5 %)
IV ФК	8 (20 %)	6 (15 %)	7 (17,5 %)

Примітки:  $p > 0,05$ , ІМТ – індекс маси тіла, ФК – функціональний клас, ХСН – хронічна серцева недостатність.

Метою цього дослідження була оцінка впливу індивідуального та групового навчання хворих навичкам самоконтролю та самодопомоги на прихильність до лікування та якість життя при ХСН.

#### Матеріал і методи

Під наглядом перебувало 120 хворих на ХСН ішемічної етіології (77 чоловіків і 43 жінки, середній вік 62,8±9,8 років). Критеріями включення в дослідження була наявність клінічних ознак ХСН II-IV функціональних класів (ФК) за класифікацією *New York Heart Association* (NYHA) та добровільна згода хворого. Відбір хворих і включення в дослідження здійснювалися після стабілізації їх стану. У дослідження не включалися особи з I ФК ХСН за NYHA, гострим коронарним синдромом, супутньою патологією в стадії декомпенсації, алкогольною залежністю та деменцією.

Пацієнти були розділені на три (1-а, 2-а та контрольна) групи, які були подібні за віком, статтю, тяжкістю та тривалістю ХСН, наявністю супутньої патології (табл. 1). На момент включення в дослідження всі хворі отримували адекватну медикаментозну терапію ХСН у відповідності з європейськими та національними стандартами.

На початку дослідження в 1-й групі оцінювали рівень медичної грамотності, володіння навичками самоконтролю та самодопомоги, використовуючи спеціально розроблений опитувальник. Залежно від отриманих результатів, пацієнтів навчали за індивідуальною програмою, яка була спрямована на поповнення відсутніх знань і умінь. Якщо у пацієнта виявлялися низький рівень медичної грамотності, індивідуальне навчання проводили за наступними темами: «Загальна інформація про ХСН», «Спосіб життя, дієта, фізична активність при ХСН», «Принципи самоконтролю при ХСН», «Медикаментозне лікування ХСН». При цьому більше уваги приділялось тим питанням, у яких хворий, згідно з проведеним опитуванням, був менш обізнаний. Якщо у пацієнта виявлялися середній або високий рівень медичної грамотності, а ступінь виконання рекомендацій та застосування навичок самоконтролю і самодопомоги була низькою, навчання було направлено на підвищення мотивації і переконання хворого у важливості слідування рекомендаціям.

Пацієнти 2-ї групи відвідали 4 групові лекції за темами: «Загальна інформація про ХСН», «Спосіб життя, дієта, фізична активність при ХСН», «Принципи самоконтролю при ХСН», «Медикаментозне лікування ХСН». Пацієнти контрольної групи отримували загальноприйнятї рекомендації з лікування ХСН без додаткового навчання.

Тривалість періоду спостереження становила 6 місяців.

На початку дослідження та через 6 місяців у всіх пацієнтів оцінювали прихильність до лікування за допомогою тесту Мориски-Гріна [13]. Прихильними до лікування вважалися пацієнти, що набрали 4 бали, недостатньо прихильними – 3 бали, неприхильними – 2 бали та менше. Також визначалася здатність до самодопомоги за Європейською шкалою оцінки здатності до самодопомоги пацієнтів із серцевою недостатністю [6] і якість життя за Міннесотським опитувальником «Життя з серцевою недостатністю» [15].

Статистичну обробку результатів дослідження проводили загальноприйнятими математичними методами варіаційної статистики із застосуванням пакета для аналізу медико-біологічних даних *MedStat*. Для перевірки розподілу на нормальність застосовували критерій  $\chi^2$ . При нормальному розподілі кількісні ознаки були представлені у вигляді середнє  $\pm$  стандартне відхилення ( $M \pm \sigma$ ), при відмінному від нормального – позначені як медіана (перший і третій квартиль: Me (Q1;Q3)). Для порівняння даних трьох вибірок, які підпорядковувалися нормальному закону розподілу, використовували дисперсійний аналіз. За умови невідповідності даних закону нормального розподілу порівняння трьох груп за кількісними ознаками проводилося за допомогою критеріїв Крускала-Уолліса, Даннета. Порівняння якісних величин проводилося за допомогою критерію  $\chi^2$ . Критичний рівень значимості при перевірці статистичних гіпотез приймався рівним 0,05.

#### Результати та обговорення

Оцінювання медичної грамотності, передбачене на початку дослідження в 1-й групі, у багатьох хворих виявило низький її рівень. Згідно проведеного опитування, 15 пацієнтів 1-ї групи (37,5 %, довірчий інтервал (ДІ) 22,9-53,4 %, на рівні значущості  $p =$

0,05) не знали, що їм треба обмежувати кількість випитої рідини. Така ж кількість хворих не була обізнана про користь регулярних фізичних вправ при ХСН. Що стосується необхідності систематичного визначення маси тіла, 29 пацієнтів (72,5 %, ДІ 57,3-85,4 %, на рівні значущості  $p=0,05$ ) підтвердили важливість цієї рекомендації. Але лише 8 хворих (20 %, ДІ 8,9-34,1 %, на рівні значущості  $p=0,05$ ) знали, як саме правильно це робити. Позитивним є той факт, що всі опитані пацієнти усвідомлювали шкоду паління і погоджувалися з необхідністю відмовитися від нього.

За результатами тесту Мориски-Гріна, на початку дослідження в 1-й групі 8 пацієнтів (20 %) були прихильними до лікування, 10 (25 %) – недостатньо прихильними, 22 (55 %) – неприхильними. У 6 пацієнтів (15 %) з 2-ї групи комплаєнс був високий, у 11 (27,5 %) – недостатній і у 23 (57,5 %) – низький. У контрольній групі 8 пацієнтів (20 %) були прихильними до лікування, 13 (32,5 %) – недостатньо прихильними, а 19 (47,5 %) хворих мали низький комплаєнс. Загалом різниця між групами не була статистично значущою ( $p=0,881$ ).

Через 6 місяців у 1-й групі прихильність до лікування значно покращилася. Високий комплаєнс був виявлений у 25 хворих (62,5 %), при цьому недостатнім він залишався – у 8 хворих (20 %), а низьким – у 7 (17,5 %) ( $\chi^2 = 16,74$ ,  $p<0,001$ ). У 2-й групі прихильними до лікування були 11 пацієнтів (27,5 %), недостатньо прихильними – 15 (37,5 %), а 14 (35 %) хворих мали низький комплаєнс ( $\chi^2=4,28$ ,  $p=0,118$ ). У контрольній групі 8 пацієнтів (20%) зберегли високу прихильність до лікування, 15 (37,5%) – мали недостатній комплаєнс, а 17 (42,5%) хворих залишилися неприхильними до терапії ( $\chi^2=0,25$ ,  $p=0,881$ ). Загалом у 1-й групі покращили свій комплаєнс 17 (42,5 %) пацієнтів, у 2-й – 9 (22,5 %), у контрольній – 2 (5 %). Слід зазначити, що зміни в 2-й та контрольній групах не були статистично значущими в порівнянні з вихідними даними. А при множинному порівнянні отриманих результатів у 1-й та 2-й групах з контрольною статистично значущими були лише відмінності, виявлені у 1-й групі ( $Q=4,05$ ,  $p<0,01$ ).

Здатність до самопомоги на початку дослідження в групах статистично значуще не відрізнялася і становила: у 1-й групі  $40,2\pm 6,1$  бали, у 2-й –  $38,8\pm 7,1$  бали, у контрольній –  $39,4\pm 6,7$  бали. За повторного опитування через 6 місяців спостерігалось статистично значуще покращення цього показника в 1-й і 2-й групах порівняно з вихідними даними ( $33,4\pm 4,3$  бали,  $p<0,001$  та  $37,9\pm 6,8$  бали,  $p=0,004$ , відповідно). При цьому більш вираженим це покращення було в 1-й групі ( $p<0,01$ ). Що стосується пацієнтів контрольної групи, їх здатність до самопомоги за 6 місяців не змінилася ( $39,6\pm 5,2$  бали,  $p=0,526$ ). За множинного порівняння отриманих результатів у 1-й та 2-й групах з контрольною статистично значущими були лише відмінності, виявлені у 1-й групі ( $T=4,99$ ,  $p<0,01$  та  $T=1,37$ ,  $p>0,05$ ).

Наприкінці періоду спостереження порівняно з вихідними даними у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп відзначалося статистично значуще покращення якості життя (на  $15,6\pm 12,0$  балів і  $7,0\pm 7,6$  балів, відповідно,  $p<0,001$ ). У контрольній групі цей показник практично не змінився (табл. 2). За множинного порівняння з контрольною групою статистично значущими були відмінності, виявлені в 1-й групі ( $T=4,24$ ,  $p<0,01$ ).

Таким чином, наше дослідження показало, що навчання хворих на ХСН самоконтролю та самопомоги сприяє покращенню їх прихильності до лікування та якості життя. За порівняльної оцінки запропонованих методів нами була виявлена більша ефективність індивідуального навчання, оскільки в цій групі, крім більш значущого росту рівня здатності до самопомоги, спостерігалось також підвищення прихильності до лікування та покращення якості життя порівняно з контрольною групою.

Позитивна динаміка показників комплаєнсу та якості життя у хворих після проведення навчання пояснюється, перш за все, покращенням їх інформованості про своє захворювання, усвідомленням необхідності та важливості регулярного прийому ліків, модифікацією їх способу життя. Адже дотримання рекомендацій, регулярний прийом доказано ефективних препаратів, застосування навиків самоконтролю та своєчасне звернення до лікаря відіграють важливу роль у лікуванні хронічних захворювань та впливають на прогноз і якість життя цих хворих.

Більша ефективність індивідуальних занять може бути обумовлена психологічними особливостями хворих, а саме, потребами в спілкуванні, обговоренні власного лікування та підвищенні уваги до свого стану здоров'я, які реалізуються при особистому контакті з лікарем.

Отримані дані відповідають результатам робіт інших авторів. Так, за результатами дослідження, проведеного Lycholip E. et al [14], навчання хворих із ХСН сприяло поліпшенню якості їх життя (оцінювалося за допомогою Міннесотського опитувальника,  $37,90\pm 18,78$  проти  $49,39\pm 17,86$  до навчання,  $p<0,001$ ).

Цікаві дані були отримані при проведенні проспективного, рандомізованого дослідження REM-ADHE [9], у якому взяли участь 412 пацієнтів з ХСН у віці  $50,2\pm 11,4$  років, з фракцією викиду лівого шлуночка  $34,7\pm 10,5$  %. Автори вивчали вплив навчання і подальшого спостереження на якість життя хворих з ХСН, яке також оцінювалося за допомогою Міннесотського опитувальника, і його фізичну і емоційну складові. Тривалість періоду спостереження була  $3,6\pm 2,2$  року. У цілому виявлено поліпшення якості життя пацієнтів групи втручання в порівнянні з контрольною групою (відповідно, початково  $57,5\pm 3,1$  проти  $52,6\pm 4,3$ , через 6 міс  $32,7\pm 3,9$  проти  $40,2\pm 6,3$ , через 12 міс  $31,9\pm 4,3$  проти  $41,5\pm 7,4$ , в кінці дослідження  $26,8\pm 3,1$  проти  $47,0\pm 5,3$ ,  $p<0,01$ ). Результати оцінки фізичної та емоційної складової якості життя також були краще в групі втручання, при цьому емоційна складова змінилася раніше.

**Таблиця 2.** Динаміка показників якості життя за даними Міннесотського опитувальника.

Група хворих	Якість життя, бали		p <sup>1</sup>
	На початку дослідження, (M±σ)	Через 6 місяців, (M±σ)	
1-а	43,3±18,9	27,7±9,9 <sup>2,3</sup>	<0,001
2-а	41,1±17,2	34,2±15,4 <sup>4</sup>	<0,001
Контрольна	41,1±16,6	40,9±15,6	0,897

Примітки: <sup>1</sup> – порівняння з вихідними даними,  
<sup>2</sup> – p<0,05, порівняння 1-ї і 2-ї груп,  
<sup>3</sup> – p<0,01, порівняння з контрольною групою,  
<sup>4</sup> – p>0,05, порівняння з контрольною групою.

Поліпшення прихильності хворих до лікування внаслідок навчання виявлено у ряді досліджень [1, 4]. Так, за даними Арутюнова Г.П. і співавт. [1] застосування методики інтерактивного навчання пацієнтів з ХСН призвело до значущого підвищення прихильності пацієнтів до терапії (+5 %), що сприяло поліпшенню їх клінічного стану, якості життя та підвищенню толерантності до фізичних навантажень.

Не викликає сумнівів той, факт, що хворий на ХСН повинен бути активним учасником у лікуванні свого захворювання. Адже поведінка пацієнта багато в чому впливає на ефективність лікування. Навчання навичкам самоконтролю, самопомозі та їх впровадження в щоденну життєдіяльність відіграє важливу роль при ХСН.

Під самопомогою (*self-care*) мається на увазі процес вибору пацієнтом моделі поведінки, що сприяє підтримці фізіологічної стабільності стану (моніторинг симптомів, прихильність до лікування), і його реакція на виникаючі симптоми. Самопомога при ХСН включає в себе слідування рекомендаціям лікаря, що стосуються прийому медикаментів, корекції дієти, виконання фізичних вправ, проведення профілактичних заходів, активне спостереження хворого за симптомами захворювання та його дії при зміні стану.

У процесі навчання пацієнти з ХСН мають оволодіти навичками самоконтролю, а саме: повинні навчитися розпізнавати зміни у своєму стані (наприклад, посилення набряків), оцінювати ці зміни, приймати рішення про необхідність відповідних дій, здійснювати ці дії (наприклад, прийняти додаткову дозу діуретика) і правильно оцінювати відповідну реакцію.

Уміння розпізнавати симптоми декомпенсації захворювання, їх інтенсивність, тривалість і частоту виникнення є однією з важливих навичок самоконтролю. В цілому, самоконтроль включає в себе прості загальнодоступні спостереження, облік суб'єктивних показників (сон, апетит, настрої тощо) і даних об'єктивних досліджень (частота пульсу, артеріальний тиск, маса тіла та ін.). Щоденний самоконтроль допомагає хворому аналізувати вплив дотримання ним дієтичних рекомендацій, виконання фізичних вправ, зміни способу життя на стан здоров'я і самопочуття, дозволяє оцінити ефективність медикаментозної терапії, що підвищує прихильність до лікування і формує впевненість у тому, що хворий сам може впливати на перебіг свого захворювання.

Таким чином, підвищення медичної грамотності хворих, навчання навичкам самоконтролю і самопомозі, а також адекватна підтримка при реалізації

цих навичок сприяє покращенню їх прихильності до лікування та поліпшенню якості життя. Розробка і впровадження в практику програм навчання та амбулаторного ведення пацієнтів з ХСН, їх постійне вдосконалення є ефективним механізмом підвищення якості лікувальної допомоги.

Y.V. Yeshchenko

### Impact of Patient Self-Control and Self-Care Education on Treatment Adherence in Chronic Heart Failure

The aim of the study was to evaluate the impact of individual and group patient self-control and self-care education on treatment adherence and quality of life in chronic heart failure. 120 patients with chronic ischemic heart failure (77 men and 43 women, mean age 62,8±9,8 years) were under observation. Patients were divided into 3 groups. In the 1<sup>st</sup> group patients were trained on the individual programs that took into account the level of patients' health literacy, patients from the 2<sup>nd</sup> group attended lectures, patients from the control group were not trained. At baseline and after 6 months treatment adherence, self-care ability and quality of life were assessed. It was demonstrated that patient education improved their treatment adherence and quality of life. It was found that individual education was more effective, because in this group, in addition to more significant increase of self-care ability, it was also observed improving of treatment adherence and quality of life in comparison with the control group. (Arch. Clin. Exp. Med. – 2014. – Vol. 23, No. 1. – P. 23-27)

**Key words:** chronic heart failure, patient education, treatment adherence, quality of life, self-care ability.

Е.В. Ещенко

### Влияние обучения больных самоконтролю и самопомощи на приверженность к лечению при хронической сердечной недостаточности

Целью исследования была оценка влияния индивидуального и группового обучения больных навыкам самоконтроля и самопомощи на приверженность к лечению и качество жизни при хронической сердечной недостаточности. Под наблюдением находилось 120 больных с хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии (77 мужчин и 43 женщины, средний возраст

62,8±9,8 лет). Пациенты были разделены на 3 группы: в 1-й проводили индивидуальное обучение после оценки уровня медицинской грамотности, пациенты 2-й группы посещали групповые лекции, пациентам контрольной группы предоставляли общепринятые рекомендации. В начале исследования и через 6 месяцев оценивали приверженность к лечению, способность к самопомощи и качество жизни. Показано, что обучение больных хронической сердечной недостаточностью самоконтролю и самопомощи способствует улучшению их приверженности к лечению и качества жизни. Сравнительная оценка предложенных методик выявила большую эффективность индивидуального обучения, поскольку в этой группе, кроме более значимого роста уровня способности к самопомощи, наблюдалось также повышение приверженности к лечению и улучшение качества жизни по сравнению с контрольной группой. (Арх. клин. эксп. мед. – 2014. – Т. 23, № 1. – С. 23-27)

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Арутюнов Г.П. Современные подходы к реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью / Г.П. Арутюнов, Е.А. Колесникова, А.К. Рылова // Кардиосоматика. – 2010. – №1. – С. 20-24.
2. Ватутин Н.Т. Эффективность индивидуальных программ обучения больных хронической сердечной недостаточностью навыкам самоконтроля и самопомощи / Н.Т. Ватутин, Н.В. Калинкина, Е.В. Ещенко // Український кардіологічний журнал. – 2013. – №5. – С. 29-34.
3. Обучение самоконтролю и самопомощи в лечении хронической сердечной недостаточности (обзор литературы и собственные данные) // Н.Т. Ватутин, Н.В. Калинкина, Е.В. Ещенко, М.А. Христиченко // Сердечная недостаточность. – 2013. – №5. – С. 284-292.
4. Эффективность обучающей программы в повышении приверженности к лечению у пациентов с протезированными клапанами сердца / Е.В. Горбунова, Т.В. Горшкова, М.П. Романова, С.А. Макаров // Клиническая медицина. – 2012. – № 90 (11). – С. 16-19.
5. Bui A.L. Epidemiology and risk profile of heart failure / A.L. Bui, T.B. Horwich, G.C. Fonarow // Nat. Rev. Cardiol. – 2011. – Vol. 8, No. 1. – P. 30-41.
6. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale / T. Jaarsma, A. Strömberg, J. Mårtensson, K. Dracup // Eur. J. Heart Fail. – 2003. – Vol. 5, No. 3. – P. 363-370.
7. Duquet N. What can the pharmacist do for a patient with heart failure? / N. Duquet // J. Pharm. Belg. – 2012. – Vol. 2. – P. 30-35.
8. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review / J. B. Ditewig, H. Blok, J. Havers, H. van Veenendaal // Patient Educ. Couns. – 2010. – Vol. 78, No. 3. – P. 297-315.
9. Effect of a sequential education and monitoring programme on quality-of-life components in heart failure / F. D. Cruz, V.S. Issa, S.M. Ayub-Ferreira [et al.] // Eur. J. Heart Fail. – 2010. – Vol. 12, No. 9. – P. 1009-1015.
10. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC / J.J. McMurray, S. Adamopoulos, S.D. Anker [et al.] // Eur. Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P. 1787-1847.
11. Health literacy and outcomes among patients with heart failure / P.N. Peterson, S.M. Shetterly, C.L. Clarke [et al.] // JAMA. – 2011. – Vol. 305, No. 16. – P. 1695-1701.
12. Health literacy and the patient with heart failure-implications for patient care and research: a consensus statement of the Heart Failure Society of America / L.S. Evangelista, K.D. Rasmussen, A.S. Laramee [et al.] // J. Card. Fail. – 2010. – Vol. 16, No. 1. – P. 9-16.
13. Morisky D.E. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine // Med. Care. – 1986. – Vol. 24. – P. 67-74.
14. Patient education significantly improves quality of life, exercise capacity and BNP level in stable heart failure patients / E. Lycholip, J. Celutkienė, A. Rudys [et al.] // Acta Cardiol. – 2010. – Vol. 65, No. 5. – P. 549-556.
15. Rector T.S. Patient's self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire / T.S. Rector, S.H. Kubo, J.N. Cohn // Heart Failure. – 1987. – Vol. 3. – P. 198-207.

Надійшла до редакції: 04.04.2014