

Д.К. Григорєць*,
І.А. Плєш

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЩОДЕННИКА МОНІТОРИНГУ СИМПТОМІВ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Буковинський державний медичний університет
Театральна площа, 2, Чернівці, 58002, Україна
Bukovinian State Medical University
Teatralna sq., 2, Chernivtsi, 58002, Ukraine
*e-mail: grigorec.diana@bsmu.edu.ua

Цитування: *Медичні перспективи*. 2025. Т. 30, № 1. С. 39-46

Cited: *Medicni perspektivi*. 2025;30(1):39-46

Ключові слова: *серцева недостатність, індекс самообслуговування, самоконтроль, безперервний медсестринський догляд*

Key words: *heart failure, self-care index, self-monitoring, continuous nursing care*

Реферат. Оцінка ефективності щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності в амбулаторних умовах. Григорєць Д.К., Плєш І.А. Основними факторами ризику розвитку серцевої недостатності, крім основного захворювання, вважаються літній вік, чоловіча стать, коморбідність, недостатнє самообслуговування і самоконтроль вдома. Метою дослідження є оцінювання впливу «Щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності» на поведінку самообслуговування в пацієнтів з діагностованою гіпертензивною хворобою серця із серцевою недостатністю в амбулаторних умовах. Нами обстежено 110 пацієнтів з ознаками серцевої недостатності. Всі респонденти були розподілені порівну на контрольну та основну групи, віком 60-96 років. Індекс самообслуговування визначали за шкалою *The Self-Care of Heart Failure Index*, запропонованою Dr. Barbara Riegel, 2019, версії 7.2. При пороговому граничному балі шкали менше 70 пацієнти контрольної групи демонстрували неналежне самообслуговування (58,77±4,23 бала) з тенденцією до випадків повторної (ранньої) госпіталізації (менше 75 балів). Низький рівень поведінки за показниками середньої загальної кількості балів (41,90±4,26) мали 87,2% пацієнтів за всіма трьома сферами самообслуговування: підтримки самообслуговування, сприйняття симптомів й управління самообслуговуванням (41,69±4,88; 43,42±3,60; 40,63±4,31 відповідно). Пацієнти основної групи повідомили про покращення в усіх сферах самообслуговування порівняно з початковим рівнем після 30 днів ведення «Щоденника моніторингу симптомів/ознак серцевої недостатності» та дотримання рекомендацій. Основна група продемонструвала належне самообслуговування (70,05±3,49 бала) за всіма трьома сферами самообслуговування. Середній і високий рівень поведінки мали 82,7% пацієнтів із загальною середньою кількістю балів 91,08±4,93 у всіх сферах самообслуговування, так і в кожній зі сфер (54,54% пацієнтів у сфері підтримки самообслуговування набрали 88,53±5,09 бала; 52,62% пацієнтів у сфері сприйняття симптомів – 90,72±5,37 бала; 50,91% пацієнтів у сфері управління самообслуговування – 94,00±4,33 бала), що є хорошим прогностичним показником. З метою продовження якісного життя пацієнтів із серцевою недостатністю, обмеження частоти повторних звернень до кардіолога поліклініки потрібно запровадити «Щоденник моніторингу симптомів серцевої недостатності» для оцінювання рівня поведінки самообслуговування в амбулаторних умовах.

Abstract. Evaluation of the effectiveness of heart failure symptoms monitoring diary in outpatient settings. Hryhorets D.K., Plesh I.A. The main risk factors for the development of heart failure, in addition to the main disease, are old age, male sex, comorbidity, insufficient self-care and self-control at home. The aim of the study is to evaluate the impact of the "Heart Failure Symptoms Monitoring Diary" on self-care behavior in patients with diagnosed hypertensive heart disease with heart failure in an outpatient setting. We examined 110 patients with signs of heart failure. All respondents were divided equally into control and experimental groups, aged 60-96 years. The self-care index was determined using the *Self-Care of Heart Failure Index* scale proposed by Dr. Barbara Riegel, 2019 version 7.2. Referring to the cut-off score of less than 70 in this study control group participants exhibited inadequate self-care (58.77±4.23 points), with a tendency to repeated (early) hospitalization (less than 75 points). In the control group, the results of the study showed a low level of behavior in terms of the average total number of points (41.90±4.26) in all three areas of self-care had 87.2% of patients, 41.69±4.88; 43.42±3.60; 40.63±4.31 for self-care support, symptom perception and self-care management, respectively. Patients in the experimental group reported improvements in all domains of self-care from baseline after 30 days of keeping a Heart Failure Symptom Monitoring Diary and following all recommendations. The main group demonstrated adequate self-care (70.05±3.49 points) in all three areas of self-care.

Medium and high level of behavior was demonstrated by 82.7% of patients with a total average score of 91.08 ± 4.93 in all areas of self-care and in each area (54.54% of patients – in the area of self-care support scored 88.53 ± 5.09 points; 52.62% of patients – in the area of symptom perception – 90.72 ± 5.37 points; 50.91% of patients – in the area of self-care management – 94.00 ± 4.33 points), which is a good prognostic indicator. In order to prolong the quality of life of patients with heart failure, limit the frequency of repeated visits to the polyclinic cardiologist's office, it is necessary to implement "Monitoring diaries of symptoms of heart failure" to assess the level of self-care behavior in outpatient settings.

Серцева недостатність (СН) — гетерогенний клінічний синдром, який характеризується значною захворюваністю та смертністю із симптомами та/або ознаками, спричиненими структурними та/або функціональними серцевими змінами, об'єктивними ознаками легеневого чи системного застою [1]. У 2021 році в усьому світі було зареєстровано 56,5 мільйонів випадків серцевої недостатності, 27,3 мільйонів з яких були серед жінок і 29,2 мільйонів серед чоловіків [2]. У 2023 році показник серцевої недостатності зріс до понад 64 мільйонів людей у всьому світі [3]. В Україні у 2021 році смертність від серцево-судинних захворювань становила 9 012 на 100 000 осіб. Розподіл за статтю становив жінки/чоловіки відповідно 400 проти 600 на 100 000 осіб [4]. Згідно з останніми рекомендаціями Асоціації серцевої недостатності (HFA) Європейського товариства кардіологів (ESC), до профілактичних заходів повторних госпіталізацій відноситься самообслуговування пацієнтів у домашніх умовах [5]. Самообслуговування визначається Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як здатність окремих людей, їхніх сімей і суспільства розвивати, захищати здоров'я, запобігати захворюванням, мати можливість справлятися із хворобами та інвалідністю за підтримки послуг охорони здоров'я або без неї [6]. Дослідження щодо вивчення самообслуговування пацієнтів із серцевою недостатністю проводились у Сполучених Штатах Америки [7], у Канаді [8], Великій Британії [9], Італії [10], Німеччині [11], Іспанії [12], Польщі [13], Норвегії та Литві [14]. В Україні вивчалась можливість здійснювати самообслуговування в паліативних (хоспісних) пацієнтів [15], в осіб, які перенесли мозковий інсульт [16], із спинномозковою травмою (СМТ) [17]. Рівень самообслуговування пацієнтів із серцевою недостатністю на цей час не вивчався.

Метою цієї роботи є оцінка впливу «Щоденника моніторингу симптомів/ознак серцевої недостатності» на поведінку самообслуговування в пацієнтів з гіпертензивною хворобою серця з серцевою недостатністю в амбулаторних умовах.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У роботі проведено оцінювання самообслуговування пацієнтів із серцевою недостатністю до

та після запровадження «Щоденника моніторингу симптомів/ознак серцевої недостатності», надалі «щоденник», за допомогою шкали самообслуговування (The Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI)), розробленої Dr. Barbara Riegel, 2019 [18], версії 7.2 [19], за участі медичної сестри кардіологічного кабінету на базі «Міської поліклініки № 2» м. Чернівці.

Шкала SCHFI складається з 29 пунктів і розподілена на три сфери самообслуговування: 10 пунктів підтримки самообслуговування (параметри консультативної поведінки, харчової поведінки, загальної поведінки, пов'язаної зі здоров'ям), 11 пунктів сприйняття симптомів (параметри моніторингу поведінки й розпізнання симптомів), 8 пунктів управління самообслуговуванням (параметри рекомендованої поведінки та поведінки для вирішення проблем). Оцінювання проводилось за шкалою Лайкерта від 1 до 5 балів, від «низького рівня поведінки» до «середнього і високого». Загальний бал самообслуговування за факторами оцінювався від 0 до 100. При показниках від 50 до 70 балів спостерігається підвищення ймовірності виникнення епізодів гемодинамічного застою та ризику спонтанних госпіталізацій. Показники більше 70 балів за кожною сферою свідчать про належний рівень самообслуговування. За даних більше 75 балів виявляється зменшення випадків повторної (ранньої) госпіталізації. Крім того, пацієнти з балами в межах 90, ймовірно, не мають потреби в стаціонарному лікуванні [18].

Шкала SCHFI версії 7.2 вводилася медичною сестрою кабінету кардіолога поліклініки та заповнювалася пацієнтом або його опікунами при першому візиті й через 30 днів після ведення «щоденника» та внесення своїх показників вдома.

Критеріям відбору для опитування відповідали пацієнти ($n=110$), які регулярно обстежувались, з ознаками СН: периферичними набряками ($n=50$) та/або симптомами СН: підвищений кров'яний тиск ($n=52$), задишка/утруднене дихання ($n=45$), стиснення в ділянці серця ($n=27$), біль у серці ($n=12$), порушення серцевого ритму ($n=11$), діагностовані відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2). На момент обстеження всі респонденти

в анамнезі мали діагностовану гіпертензивну хворобу серця з серцевою недостатністю. Ми враховували також їхні соціально-демографічні показники: вік – 73 [70; 78] роки, стать (n=50 – чоловіків та n=60 – жінок), тривалість захворювання – 7,5 [6; 12] років, кількість повторних візитів до кардіолога більше 1 разу впродовж досліджуваного періоду (n=44), коморбідність (n=70), зайнятість (непрацюючих n=80), склад сім'ї (усі респонденти мали дітей та онуків, більшість (n=72) були одружені, n=12 – не одружені та вдівцями – n=26), освіту (із середньою освітою (n=76), вищою (n=26), початковою (n=8)), місце проживання (усі учасники, залучені до дослідження, були мешканцями міста). Крім того, більша частина пацієнтів (n=74) мала діагностовану СН-ІІА за класифікацією М.Д. Стражеска і В.Х. Василенка, що відповідає стадії С згідно з Рекомендаціями Всеукраїнської асоціації кардіологів України з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності, 2024 року [20], тривалістю більше 1 року.

Пацієнтів розподіляли випадковим чином (за рандомізаційними таблицями, що згенеровані в Excel) на 2 групи: основну (n=55) та контрольну (n=55). Контрольну та основну групу склали в переважній кількості хворі із СН ІІ-А (n=36 і n=38 відповідно) та в меншій кількості – із СН ІІ-Б (n=19 і n=17 відповідно) стадіями за класифікацією М.Д. Стражеска і В.Х. Василенка (стадія С), та ІІ-ІV функціональних класів за NYHA, віком 60-96 років. Сформовані групи не відрізнялись за віком, статтю та клінічними показниками, що вказує на однорідність груп порівняння в дослідженні. Розраховували відношення шансів з оцінюванням відносного ризику в основній та контрольній групах за наявністю або відсутністю певної ознаки (скарги). Визначили, чи відрізняються основна група хворих та контрольна група за наявністю ознак (табл.).

У кабінеті кардіолога всім пацієнтам проводилось оцінювання підтримання здоров'я, надавалось консультування та навчання щодо заходів для підтримки або відновлення здоров'я; оцінка режиму харчування/раціону, догляду за собою/ самообслуговування, план лікування з використанням фармакотерапії, консультування та навчання щодо призначених/самостійно вибраних лікарських засобів. Основній групі респондентів додатково до навчальної складової був виданий «щоденник», у якому вони записували дані про масу тіла, кількість вжитої рідини та їжі, зміни в диханні, біль у грудях, набряки, тривалість сну,

рухову активність, емоційне благополуччя та інформацію щодо будь-яких змін в індивідуальному лікуванні діуретиками, серцевими та антигіпертензивними препаратами, кількості контактів з медичною сестрою/лікарем (включаючи задокументовані телефонні дзвінки, відвідування спеціалістів), а також використання освітніх інструментів, які допомагали в подоланні труднощів, що виникали вдома, і надсилали свої результати за допомогою текстових повідомлень на мобільний телефон, у додаток «Telegram» медсестрі кардіологічного кабінету. Учасників дослідження навчали, як розпізнавати симптоми та ознаки серцевої недостатності за допомогою створеного нами паперового роздаткового навчального матеріалу у вигляді кольорового «Світлофора». Пацієнти в основній групі дотримувались рекомендацій щодо ведення «щоденника».

Оскільки $p > 0,05$, робимо висновок про те, що група хворих та контрольна група достовірно не відрізняються за наявністю ознак (χ^2 Пірсона = 14,24, $df=24$). Статистично значущих відмінностей не знайдено також за статевим показником, сімейним станом, зайнятістю, освітою (χ^2 Пірсона = 14,27, $df=20$). Немає статистично значущої різниці між середніми значеннями двох груп за віком та тривалістю захворювання (t-статистика = -0,89 та -0,69 відповідно).

Дані, отримані в дослідженні, обробляли за допомогою ліцензійної програми Microsoft Excel (ліцензія Microsoft 365, активована через обліковий запис grigorecdiana@gmail.com. Microsoft, стан передплати – активний). Для порівняння однорідності груп за наявністю ознак та деяких демографічних показників використовували критерій χ^2 Пірсона (для залежних вибірок). Для порівняння однорідності груп за віком і тривалістю захворювання використовували t-тест (для незалежних вибірок). Кількісні показники наведені у форматі середнє арифметичне \pm помилка середнього арифметичного (M+m). Рангові дані наведені у форматі медіана з нижнім та верхнім квантилями (Me [Q1; Q3]). Відмінності вважали статистично достовірними при $p < 0,05$ [21].

Дослідження схвалено комісією з біоетики Буковинського державного медичного університету (протокол № 2 від 17.09.2024 р.) та проведено згідно з письмовою згодою пацієнтів та їх родичів/опікунів відповідно до принципів біоетики, викладених у Гельсінській декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей» та «Загальній декларації про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)».

Дані однорідності груп за демографічними показниками та тяжкістю захворювання (серцевої недостатності)

Показники		Основна група n=55	Контрольна група n=55	p рівень
Вік, роки		72 [70; 77]	73 [70,5; 79]	p=0,374
Стать	Ч	n=26 (0,54-2,45)	n=24 (0,71-1,63)	p=0,758
	Ж	n=29 (0,40-1,83)	n=31 (0,66-1,31)	p=0,758
Сімейний стан	Одружені	n=37 (0,53-2,57)	n=35 (0,80-1,38)	p=0,758
	Неодружені	n=7 (0,43-4,91)	n=5 (0,47-4,14)	p=0,758
	Вдівці	n=11 (0,27-1,62)	n=15 (0,37-1,45)	p=0,758
Освіта	Середня	n=37 (0,37-1,89)	n=39 (0,73-1,21)	p=0,758
	Вища	n=16 (0,75-4,53)	n=10 (0,79-3,20)	p=0,758
	Початкова	n=2 (0,06-1,59)	n=6 (0,07-1,58)	p=0,758
Зайнятість	Працює	n=17 (0,62-3,36)	n=13 (0,70-2,42)	p=0,758
	Не працює	n=38 (0,29-1,61)	n=42 (0,71-1,13)	p=0,758
СН	II A	n=38 (0,53-2,62)	n=36 (0,81-1,37)	p>0,9
	II B	n=17 (0,38-1,88)	n=19 (0,52-1,53)	p>0,9
Тривалість захворювання		7 [6;11]	8 [6;12]	p= 0,489
Коморбідність		n=36 (0,54-2,54)	n=34 (0,79-1,40)	p>0,9
Периферичні набряки		n=26 (0,55-2,45)	n=24 (0,72-1,63)	p>0,9
Підвищений кров'яний тиск		n=24 (0,35-1,58)	n=28 (0,58-1,27)	p>0,9
Задишка/утруднене дихання		n=25 (0,68-3,13)	n=29 (0,79-1,97)	p>0,9
Стиснення в ділянці серця		n=12 (0,21-1,90)	n=15 (0,25-1,75)	p>0,9
Біль у серці		n=6 (0,30-3,32)	n=6 0,30; 3,32)	p>0,9
Порушення серцевого ритму		n=8 (0,74-11,78)	n=3 (0,75-9,53)	p>0,9
Серцебиття		n=4 (0,17-2,41)	n=6 (0,20-2,23)	p>0,9
Інші симптоми/скарги ССС		n=37 (1,17-5,13)	n=31 (1,07-2,03)	p>0,9
Кількість повторних візитів до кардіолога (більше 1 разу впродовж досліджуваного періоду)		n=18 (0,25-1,17)	n=26 (0,43-1,10)	p=0,758

Примітки: СН – серцева недостатність; ССС – серцево судинна система; n – кількість пацієнтів; p - величини достовірності.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

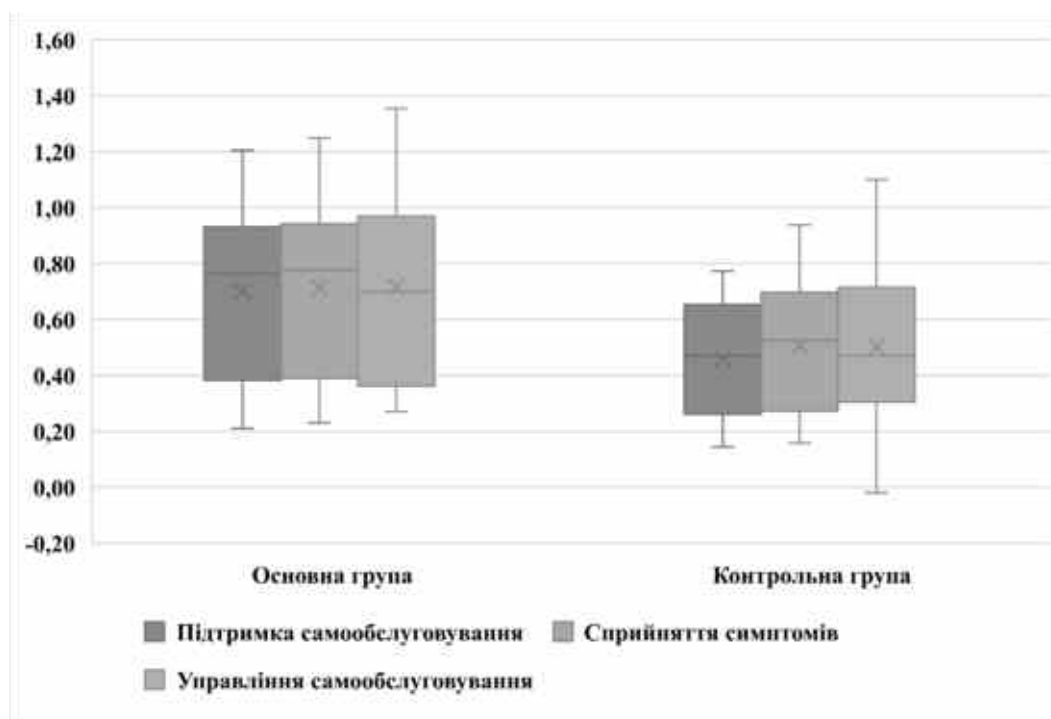
Значно вищий показник самообслуговування щодо СН спостерігався в пацієнтів, які отримали під час першого візиту «щоденник» (основна група), порівняно з пацієнтами, які його не отримали (контрольна група).

Середній загальний бал самообслуговування за всіма сферами в контрольній групі дослідження становив $58,77 \pm 4,23$ бала. Всі пацієнти мали неналежне самообслуговування, серед них низький рівень поведінки у 87,2% пацієнтів ($41,90 \pm 4,26$ балів) за всіма трьома сферами самообслуговування: щодо підтримки самообслуговування, сприйняття симптомів і управління самообслуговуванням ($41,69 \pm 4,88$; $43,42 \pm 3,60$; $40,63 \pm 4,31$ відповідно).

Через 30 днів ведення «щоденника» всі пацієнти основної групи показали належне само-

обслуговування ($70,55 \pm 3,49$ бала). В основній групі відбулось суттєве збільшення показників за всіма сферами на всіх рівнях поведінки: сприйняття симптомів до $70,86 \pm 3,41$ та показника управління самообслуговуванням до $70,39 \pm 2,41$ порівняно з такими на початку дослідження – $58,77 \pm 4,23$ бала ($p=0,043$). Показник підтримки самообслуговування зріс, але мав найнижчий бал порівняно з іншими сферами ($68,03 \pm 3,43$).

Майже всі пацієнти основної групи (82,71%) мали вище середнього і високий рівень поведінки із загальною середньою кількістю балів $91,08 \pm 4,93$ у всіх сферах самообслуговування. Середній і високий рівень поведінки мали 54,54% пацієнтів – у сфері підтримки самообслуговування ($88,53 \pm 5,09$ бала); 52,62% пацієнтів – у сфері сприйняття симптомів ($90,72 \pm 5,37$ бала); 50,91% пацієнтів – у сфері управління самообслуговуванням ($94,00 \pm 4,33$ бала) (рис.).



Динаміка поведінки в обстежених групах щодо самообслуговування (порівняння в балах)

Як у контрольній, так і в основній групі найнижчі бали були в шкалі підтримки самообслуговування щодо консультативної поведінки. Лише 5,5% пацієнтів контрольної групи проводять «Щорічно щеплення від грипу й інших інфекційних захворювань» та «Виконують регулярні фізичні вправи» – 14,5% пацієнтів, відповідно в основній групі ці пункти були теж з найменш результативною поведінкою самообслуговування у 12,7% та 23,6% пацієнтів, ймовірно, через короткий діапазон

дослідження (30 днів). «Системою нагадування про прийом ліків» користувалися лише 16,4% пацієнтів контрольної групи, «Приймали ліки не пропускаючи дози» – 27,2% і 23,6% пацієнтів «Консультувалися з медичним працівником щодо своїх ліків». В основній групі ці показники суттєво підвищились до 69,0%, 74,5% та 78,2% відповідно. Високі бали мали майже всі пацієнти контрольної (96,3%) та основної (98,3%) груп у параметрі консультативної поведінки «Намагатися уникати

захворювань». Щодо рекомендованої дієтичної поведінки, то більше половини респондентів контрольної та основної груп (58,1% і 72,3%) «Дотримувалися дієти з низьким вмістом солі вдома», але разом з тим лише 12,7% пацієнтів контрольної групи та 21,8% основної «Замовляли страви з низьким вмістом солі в закладах харчування чи в гостях».

У шкалі сприйняття симптомів параметра моніторингу поведінки значно зросли бали щодо «Запису симптомів СН» та «Моніторингу побічних ефектів від ліків» з 9,0% й 11,4% у контрольній групі до 96,3% та 92,7% в основній відповідно. Більше половини (52,7%) пацієнтів основної групи почали «Визначати свою вагу» порівняно з вихідними показниками контрольної групи (21,8%). Лише 21,8% і 16,3% пацієнтів контрольної групи «Перевіряли наявність задишки» та «Визначали ступінь набряків», на відміну від основної (62,3% та 58,6%). Третина пацієнтів контрольної (34,5%) та 68,3% основної груп швидко «Розпізнали симптоми хвороби й усвідомлювали, що вони виникли через серцеву недостатність». Найвищим балом був пункт моніторингу поведінки, у якому 65,4% та 68,3% контрольної й основної груп пацієнтів «Помітили, що втомлюються більше, ніж зазвичай, виконуючи звичайну діяльність».

У шкалі управління самообслуговування параметра рекомендованої поведінки менше третини (28,7%) пацієнтів контрольної групи «Зверталися по допомогу до медичного працівника в разі погіршення симптомів СН або появи нових», більшість (71,3%) «Просили поради в члена родини».

У підсумку, через 30 днів після ведення «щоденника» в основній групі відбулось статистично значуще збільшення показника «Зверталися по допомогу до медичного працівника в разі погіршення симптомів СН або появи нових» до 76,3%.

Високий бал мав пункт параметра вирішення проблем щодо «Обмеження активності, доки не стане краще» в 67,2% пацієнтів контрольної та в 73,5% основної груп.

Проведений огляд подібних досліджень поведінки самообслуговування за кожною сферою шкали SCHFI показав, що адекватну практику самообслуговування виконували лише 20% пацієнтів в Італії [22], 52% в Ефіопії [23]. В Іспанії виявлено необхідність безпосереднього контакту пацієнтів зі службами охорони здоров'я щодо інформації про харчування (70%), типу вправ для покращення свого фізичного стану (75%) та інформації про взаємодію їжі та ліків (60%) [24]. Польські дослідники теж виявили найнижчі бали щодо «Щеплення від грипу», «Ведення запису симптомів», «Обмеження солі». Найвищі бали польські пацієнти отримали у сфері підтримки

самообслуговування та управління і найнижчий у сприйнятті симптомів, на відміну від нашого дослідження [25]. У дослідженнях китайських дослідників середні оцінки шкали SCHFI версії 7.2 щодо підтримки самообслуговування, сприйняття симптомів й управління самообслуговуванням коливалися від 41,7 до 59,1, і теж були нижчими за граничний бал, як і в нашому дослідженні [26]. Більше половини (58,3%) пацієнтів у Південній Ефіопії теж мали недостатню поведінку щодо самообслуговування [27]. У нашому дослідженні ті, хто користувався «щоденником» та практичними інструкціями за варіантом «Світлофора» (основна група), мали на 35% більше контактів по телефону щодо симптомів СН та на 47% менше фізичних візитів у поліклініку.

Таким чином, отримані результати нашої роботи підкреслюють необхідність упровадження «щоденника» та інструкцій за варіантом «Світлофора» для пацієнтів з діагностованою СН з метою підвищення рівня поведінки самообслуговування в амбулаторних умовах.

ВИСНОВКИ

1. З метою продовження якісного життя пацієнтів із серцевою недостатністю, обмеження частоти повторних звернень до кардіолога поліклініки потрібно запровадити «Щоденники моніторингу симптомів/ознак серцевої недостатності» для оцінювання рівня поведінки самообслуговування в амбулаторних умовах.

2. Основну увагу в покращенні поведінки самообслуговування хворих із серцевою недостатністю необхідно зосередити на упорядкуванні практичних рекомендацій персонального характеру, адекватного обмеження рідини та солі, особливостей дієтичного харчування, фізичної активності, самокорекції дози діуретиків, антигіпертензивних та серцевих препаратів, виявлення ранніх симптомів загострення серцевої недостатності.

3. Успішне виконання цих заходів може здійснювати медична сестра-бакалавр чи магістр – помічник лікаря загальної практики – сімейна медична, медична сестра лікаря-кардіолога на прийомі, а в перспективі медична сестра-координатор.

Внески авторів:

Григорець Д.К. – концептуалізація, дослідження, методологія, відбір даних, аналіз та зіставлення показників контрольної та основної груп, статистична обробка даних, написання – початковий проєкт;

Плеш І.А. – адміністрування проєкту, ведення, ресурси, курація даних, написання – рецензування та редагування.

Фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

- Beghini A, Sammartino AM, Papp Z, von Haehling S, Biegus J, Ponikowski P, et al. 2024 update in heart failure. *ESC Heart Fail.* 2025 Feb;12(1):8-42. doi: <https://doi.org/10.1002/ehf2.14857>
- Lindstrom M, DeCleene N, Dorsey H, Fuster V, Johnson CO, LeGrand KE, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks Collaboration, 1990-2021. *J Am Coll Cardiol.* 2022;80(25):2372-425. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.11.001>
- Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res.* 2023 Jan 18;118(17):3272-87. doi: <https://doi.org/10.1093/cvr/cvac013> Erratum in: *Cardiovasc Res.* 2023;119(6):1453. doi: <https://doi.org/10.1093/cvr/cvad026>
- Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, et al. 2024 Heart disease and stroke statistics: a report of US and global data from the American Heart Association. *Circulation.* 2024;149(8):347-e913. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001209>
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021 Sep 21;42(36):3599-726. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368> Erratum in: *Eur Heart J.* 2021;42(48):4901. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab670>
- WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. World Health Organization [Internet]. Geneva. 2022 [cited 2024 Dec 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>
- Koirala B, Dennison Himmelfarb CR, Budhathoki C, Davidson PM. Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study. *Heliyon.* 2020;6(2):3412. doi: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03412>
- Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, Masino C, Barnsley J, Ross HJ. Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *The Journal of cardiovascular nursing.* 2011;26(5):377-85. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31820612b8>
- Shuldham C, Theaker C, Jaarsma T, Cowie M. Re-valuation of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale in a United Kingdom population. *Journal of advanced nursing.* 2007;60(1):87-95. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04371.x>
- Pulignano G, Del Sindaco D, Minardi G, Tarantini L, Cioffi G, et al. Translation and validation of the Italian version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* 2010;11:493-8. doi: <https://doi.org/10.2459/JCM.0b013e328335fbf5>
- Köberich S, Glattacker M, Jaarsma T, Lohrmann C, Dassen T. Validity and reliability of the German version of the 9-item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2013;12(2):150-8. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515112438639>
- González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herberos J, Valle V. [Use of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) in a heart failure unit in Spain]. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59(2):166-70. Spanish. doi: [https://doi.org/10.1016/S1885/5857\(06\)60126-6](https://doi.org/10.1016/S1885/5857(06)60126-6)
- Uchmanowicz I, Wleklík M. Polish adaptation and reliability testing of the nine-item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (9-EHFScBS). *Kardiol Pol.* 2016;74(7):691-6. doi: <https://doi.org/10.5603/KP.a2015.0239>
- Aamodt IT, Lycholip E, Celutkiene J, von Lueder T, Atar D, Falk RS, et al. Self-Care Monitoring of Heart Failure Symptoms and Lung Impedance at Home Following Hospital Discharge: Longitudinal Study. *J Med Internet Res.* 2020;22(1):15445. doi: <https://doi.org/10.2196/15445>
- Tomchuk TV, Bob AO. [The nurse's role in the loneliness overcoming of the hospice patients]. *Medsestrynstvo.* 2016;4:47-9. Ukrainian. doi: <https://doi.org/ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/view/7481>
- Pomaranskyy O. [Activities of daily living of post-stroke patients (Bartel ADL index)]. *Moloda sportyvna nauka Ukrayiny.* 2008;3:183-6. Ukrainian.
- Kirtoka DV, Baryshok TV. [Restoring Movement Skills of Patients with Spinal Injury by Physical Therapy]. *Fizychna kultura, sport ta zdorovya natsiyi.* 2019;8(27):266-71. Ukrainian. doi: [https://doi.org/10.31652/2071-5285-2019-5\(24\)-266-271](https://doi.org/10.31652/2071-5285-2019-5(24)-266-271)
- Riegel B, Barbaranelli C, Carlson B, Sethares KA, Daus M, Moser DK, et al. Psychometric Testing of the Revised Self-Care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs.* 2019;34(2):183-92. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000543>
- Vellone E, De Maria M, Iovino P, Barbaranelli C, Zeffiro V, Pucciarelli G, et al. The Self-Care of Heart Failure Index version 7.2: Further psychometric testing. *Res Nurs Health.* 2020;43(6):640-50. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.22083>
- [Guidelines of the Ukrainian Association of Cardiology of the diagnosis, treatment and prevention of chronic heart failure]. Kyiv; 2024. 72 p. Ukrainian.
- Ivanchuk MA. [Statistical analysis of medical-psychological research]. Chernivtsi: Bukovynskyi derzhavnyi medychnyi universytet; 2022. 121 p. Ukrainian.
- Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, et al. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(11):1714-22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018>

23. Seid MA. Health-related quality of life and extent of self-care practice among heart failure patients in Ethiopia. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18:27. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01290-7>

24. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Pozaméndez M, Carrasco-Bernal MÁ, Cuenca-García M, Díaz-Rodríguez M, et al. Needs of patients with multi-morbidity and heart failure for the development of a mHealth to improve their self-management: A qualitative analysis. *Digit Health*. 2023;9:20552076231180466. doi: <https://doi.org/10.1177/20552076231180466>

25. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Pilarczyk-Wróblewska I, Jankowska-Polańska B. The Revised Self-Care of Heart Failure Index – a new tool for assessing the self-care of

Polish patients with heart failure. *Kardiol Pol*. 2021;79(7-8):841-47. doi: <https://doi.org/10.33963/KP.a2021.0009>

26. Qiu C, Yu DS, Li PW, Riegel B. Psychometric Evaluation of the Traditional Chinese Version of the Self-Care of Heart Failure Index Version 7.2. *J Cardiovasc Nurs*. 2024;10:1097. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001089>

27. Sugebo ES, Kassie TW, Gobena T, Tibore TK, Sebro SF, Ermolo TL. Self-care behavior and associated factors among adult heart failure patients in outpatient cardiac follow-up unit at Wachemo University Nigist Eleni Comprehensive Specialized Hospital, Southern Ethiopia. *BMC Cardiovasc Disord*. 2024;24(1):238. doi: <https://doi.org/10.1186/s12872-024-03901-3>

Стаття надійшла до редакції 18.09.2024;
затверджена до публікації 17.02.2025

