Картамышева Е. Д.[1,2], Лопатин Ю. М.[1,2]
[1] ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Волгоград, Россия
[2] ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кардиологический центр», Волгоград, Россия

Сравнительный анализ шкал оценки способности к самопомощи у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, преимущества и недостатки

Цель Проведение сравнительного анализа русскоязычных версий шкал для оценки способности к самопомощи у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) European Heart Failure Self-Care Behavior Scale (EHFScBS_9) и The Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI, version 6.2).

Материалы и методы Оценка способности к самопомощи с использованием русскоязычных версий шкал EHFScBS_9 и SCHFI (version 6.2) проводилась у 130 пациентов с ХСН, II–IV функциональных классов (ФК) по NYHA, преимущественно ишемической этиологии (78,5%). Средний возраст пациентов составил 63,2±9,6 лет, преобладали мужчины (n=92; 70,8%). Ведение пациентов осуществлялось в соответствии с действующими рекомендациями ESC/HFA 2016 и Российскими рекомендациями 2018.

Результаты Наряду с увеличением количества баллов по шкале SCHFI наблюдалось уменьшение количества баллов по шкале EHFScBS_9 (r= –0,31, p<0,001). Пациенты, принявшие участие в исследовании, исходно показали низкую способность к самопомощи согласно результатам обеих шкал.

Заключение Наличие некоторых различий между исследуемыми шкалами не исключает возможности применения их как отдельно, так и вместе для более детального изучения способности к самопомощи.

Ключевые слова Сердечная недостаточность; способность к самопомощи; шкалы оценки способности к самопомощи пациентов с ХСН

Для цитирования Kartamysheva E. D., Lopatin Yu. M. Comparative analysis of self-care assessment scales in patients with chronic heart failure, advantages and disadvantages. Kardiologiia. 2020;60(8):84–89. [Russian: Картамышева Е. Д., Лопатин Ю. М. Сравнительный анализ шкал оценки способности к самопомощи у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, преимущества и недостатки. Кардиология. 2020;60(8):84–89]

Автор для переписки Картамышева Екатерина Дмитриевна. E-mail: katerina.kartamyscheva@yandex.ru

Введение

Согласно текущим Европейским и Российским рекомендациям по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности (ХСН) обучение пациентов основам самоконтроля, самопомощи является важным фактором, определяющим успешное ведение данной категории больных [1, 2]. Золотой стандарт самоконтроля пациентов при ХСН может быть определен, как «ежедневные действия, поддерживающие клиническую стабильность больного» [3]. При этом обучение больных навыкам эффективного самоконтроля и самопомощи будет способствовать более ранней диагностике симптомов декомпенсации, своевременному обращению к врачу и большей приверженности к лечению. Более того, установлено, что своевременное обучение пациентов с ХСН ассоциируется с улучшением прогноза и качества жизни [4–6].

В этой связи возникла потребность в создании эффективных инструментов, позволяющих оценить способность пациентов с ХСН к самоконтролю и самопомощи. На сегодняшний день с этой целью применяются в основном две шкалы: 9-пунктовая Европейская шкала оценки способности к самопомощи пациентов с сердечной недостаточностью (EHFScBS_9) [7] и 22-пунктовая версия американской шкалы The Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI) [8]. По мнению T. Jaarsma с соавт. [7], подобного рода шкалы могут использоваться не только в научных исследованиях, но и в условиях реальной клинической практики, позволяя оценивать способность больных к самопомощи, принимать совместные с пациентом решения в отношении самообслуживания, в том числе и в процессе длительного наблюдения. Шкалы EHFScBS_9 и SCHFI были недавно переведены на русский язык и валидированы для применения в Российской Федерации [9, 10]. Вместе с тем сравнительной оценки преимуществ и недостатков русскоязычных версий шкал оценки способности к самопомощи ранее проведено не было, что и послужило предметом настоящего исследования.

Целью нашего исследования явилось сравнение русскоязычных версий шкал EHFScBS_9 и SCHFI для оценки способности больных ХСН к самопомощи, выявление их преимуществ и недостатков.

ISSN 0022-9040. Кардиология. 2020;60(8). DOI: 10.18087/cardio.2020.8.n1114

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 130 пациентов с преимущественно ишемической этиологией ХСН (n=102; 78,5%), обратившихся к врачу-кардиологу поликлинического отделения. Критерии включения больных в исследование: возраст от 18 до 80 лет, наличие ХСН и добровольное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения из исследования явились возраст менее 18 или более 80 лет, наличие перенесенного инфаркта миокарда или нестабильной стенокардии, кардиохирургического вмешательства, чрескожного коронарного вмешательства в течение 30 дней до включения в исследование, невозможность чтения и понимания русского языка и дезориентация. Исследование проведено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования был одобрен региональным исследовательским этическим комитетом. Все пациенты были проинформированы и дали свое письменное согласие на участие в исследовании.

Уровень способности к самопомощи пациентов с ХСН оценивался с помощью шкал EHFScBS_9 [9] и SCHFI (version 6.2) [10]. С каждым пациентом индивидуально проводился устный инструктаж по заполнению бумажных форм данных опросников. Ответы на вопросы шкал осуществлялись в присутствии кардиолога последовательно в течение одного дня, первым заполнялся опросник EHFScBS_9, затем SCHFI. В случае возникновения затруднений при ответе на вопросы проводилось дополнительное разъяснение. Длительность заполнения опросников пациентами и подсчета результатов врачом осуществлялась путем хронометража. Трудности в процессе заполнения опросников пациентом и анализа результатов врачом оценивались с учетом их мнения в свободной форме.

Шкала EHFScBS_9 состоит из 9 пунктов, характеризующих способность к самопомощи. В основу шкалы положена 5-балльная оценочная система Ликерта, где минимальный 1 балл соответствует ответу «полностью согласен», а максимальные 5 баллов – «совершенно не согласен». Сумма баллов варьирует от 9 до 45, при этом чем меньше данный показатель, тем лучше способность к самопомощи [7, 9].

Шкала SCHFI, в свою очередь, состоит из 22 пунктов, отражающих соблюдение рекомендаций, наблюдение и распознавание симптомов СН, а также уверенность пациента в самопомощи. Данная шкала включает 3 раздела: А – обеспечение самопомощи (10 вопросов), В – управление самопомощью (6 вопросов), С – уверенность в самопомощи (6 вопросов). Ответы на вопросы оцениваются от 1 до 4 баллов, за исключением вопросов 11 и 16, где в оценке возможен выбор варианта 0 баллов [8, 10].

Таблица 1. Среднее значение баллов и стандартное отклонение по каждому пункту шкалы EHFScBS_9

Пункт	Исходно (M±SD)
1. Я взвешиваюсь каждый день	3,0±1,4
2. Если моя одышка усиливается, я обращаюсь к доктору или медсестре	2,2±1,1
3. Если у меня усиливаются отеки ступней/ног, я связываюсь с врачом или медсестрой	2,3±1,1
4. Если мой вес увеличивается более чем на 2 кг в неделю, я обращаюсь к врачу или медсестре	3,3±1,6
5. Я ограничиваю количество выпиваемой жидкости, не более 1,5–2 л/сутки	2,1±1,0
6. Если я испытываю повышенную утомляемость, я сообщаю об этом своему врачу или медсестре	2,9±1,4
7. Я соблюдаю диету с низким содержанием соли	2,1±1,0
8. Я принимаю лекарства так, как мне назначено	1,4±0,7
9. Я поддерживаю рекомендованный уровень физической активности	1,8±0,8

Сумма баллов всех разделов может составлять от 20 до 89. Чем больше сумма баллов, тем выше способность к самопомощи пациентов. Применение шкалы SCHFI предполагает использование формул пересчета в стандартизованные показатели, максимальная возможная сумма стандартизованных баллов составляет 305 [8, 10].

При статистической обработке результатов использовались прикладные программы «STATISTICA 16.0» (SPSS 16) и Microsoft Office Excel. Оценивались общая сумма баллов, результаты по разделам и вопросам, средняя (M), стандартное отклонение (SD), корреляционные критерии. С помощью тестов Колмогорова – Смирнова и Шапиро–Уилка была подтверждена нормальность распределения количественных показателей. Различия показателей считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты

В исследовании приняло участие 130 пациентов с ХСН в возрасте от 18 до 80 лет (в среднем 63,2±9,6 лет), из них 92 (70,8%) мужчины и 38 (29,2%) женщин. Большинство пациентов имели II функциональный класс (ФК) ХСН по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) – 90 (69,2%), у остальных 37 (28,5%) и 3 (2,3%) больных отмечался III и IV ФК ХСН соответственно. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила в среднем 47,1±11,6% (от 12 до 69%). У 76 (58,5%) пациентов наблюдался синусовый ритм, у остальных 54 (41,5%) больных имела место фибрилляция предсердий. Сопутствующая патология в большей степени была представлена артериальной гипертензией (n=87; 66,9%), поражением периферических сосудов (n=71; 54,6%),

Таблица 2. Средние значения баллов и стандартные отклонения по вопросам шкалы SCHFI

Вопрос	Исходно (M±SD)
1. Вы взвешиваетесь?	1,9±0,9
2. Проверяете ли Вы свои нижние конечности на отечность?	2,6±1,0
3. Стараетесь не заболеть (например, регулярно прививаетесь, избегаете больных людей)?	2,7±1,1
4. Выполняете ли какую-то физическую деятельность/активность?	2,4±1,0
5. Придерживаетесь назначениям своего врача или медсестры?	3,5±0,7
6. Соблюдаете диету с низким содержанием соли?	2,5±1,0
7. Занимаетесь ли физической активностью в течение 30 минут?	2,1±1,0
8. Забываете принять одно из Ваших лекарств?	1,4±0,6
9. Спрашиваете продукты с низким содержанием соли, когда питаетесь вне дома (заведения общественного питания), или посещаете других?	1,8±0,9
10. Используете приспособления (коробочки для таблеток, напоминания), помогающие Вам помнить свои лекарства?	2,7±1,3
11. Если у Вас были затрудненное дыхание или отечность нижних конечностей в прошлом месяце, как быстро Вы распознали это как симптом сердечной недостаточности?	1,5±0,7
Если у Вас проблемы с дыханием или отечность нижних конечностей, насколько вероятно Вы можете попробовать одно из этих средств?	
12. Уменьшить количество соли в рационе	2,5±1,0
13. Уменьшить потребление жидкости	2,4±1,0
14. Принять дополнительное мочегонное средство	2,4±1,1
15. Позвонить врачу или медсестре для получения рекомендаций	2,2±1,1
16. Были ли Вы уверены, что средство помогло или не помогло?	1,7±0,8
В общем, насколько Вы уверены, что можете:	
17. Контролировать свои симптомы сердечной недостаточности?	2,0±0,8
18. Следовать данным Вам рекомендациям по лечению?	3,0±0,9
19. Оценивать важность своих симптомов?	2,3±0,9
20. Распознавать изменения в своем здоровье, если они происходят?	2,3±0,9
21. Делать что-то, что облегчит Ваши симптомы?	2,3±0,8
22. Оценивать, насколько хорошо работает лекарство?	2,1±0,7

ожирением (n=52; 40%), гиперлипидемией (n=48; 36,9%), сахарным диабетом 2 типа (n=36; 27,7%).

В таблице 1 приведены средние значения баллов со стандартными отклонениями по каждому пункту шкалы EHFScBS_9.

По данной шкале средний показатель способности к самопомощи равнялся 21,3±8,1 балла. Минимальный показатель составил 9 баллов, максимальный – 43 балла. Наилучшие результаты (наименьший балл) отмечены в пунктах 8, 9, 5, 7 и 2.

При ответе на нижеперечисленные вопросы шкалы EHFScBS_9 большинство респондентов имели минимальные 1 и 2 балла: 8 (n=116; 89,2%), 9 (n=104; 80%), 7 (n=87; 66,9%).

Средние значения баллов по шкале SCHFI со стандартными отклонениями по каждому вопросу представлены в таблице 2.

По шкале SCHFI общая сумма баллов составила 50,8±8,8, стандартизованный показатель 136,8±40,3. Минимальный стандартизованный показатель был равен 32 баллам, а максимальный – 274 балла.

Наилучший результат был отмечен в разделе B (управление самопомощью) – 46,5±20,1, наряду с показателями раздела A (обеспечение самопомощи) – 45,6±14,9 и раздела C (уверенность в самопомощи) – 44,5±18,8 балла.

Наибольшие значения в разделе A отмечались по пунктам 5, 3, 2 и 10; в разделе B по пунктам 12, 13 и 14, а также в 18, 19 и 20 пунктах раздела C.

Наибольшее число респондентов набрали максимальные 3 и 4 балла при ответе на вопросы шкалы SCHFI: 5 (n=119; 91,5%), 18 (n=94; 72,3%), 3 (n=76; 58,5%), 10 (n=72; 55,4%).

При детальном рассмотрении вопросов обеих шкал был выявлен ряд аналогий: 8-му вопросу шкалы EHFScBS_9 («я принимаю лекарства так, как мне назначено») соответствовал 5-й вопрос шкалы SCHFI («придерживаетесь назначениям своего врача или медсестры»), 9-й вопрос EHFScBS_9 («я поддерживаю рекомендованный уровень физической активности») был сопоставим с 4-м вопросом SCHFI («выполняете ли какую-то физическую деятельность/активность»), вопрос 7 шкалы EHFScBS_9 («я соблюдаю диету с низким содержанием соли») соответствовал 6-му вопросу SCHFI («соблюдаете диету с низким содержанием соли»), по EHFScBS_9 вопросы 2 («если моя одышка усиливается, я обращаюсь к доктору или медсестре») и 3 («если у меня усиливаются отеки ступней/ног, я связываюсь с врачом или медсестрой») соответствовали 15-му вопросу SCHFI («если у Вас проблемы с дыханием или отечность нижних конечностей, насколько вероятно Вы попробуете позвонить врачу или медсестре для получения рекомендаций»).

ISSN 0022-9040. Кардиология. 2020;60(8). DOI: 10.18087/cardio.2020.8.n1114

Переход на новую форму

Уважаемые коллеги!

Компания АО «Сервье» сообщает о завершении с января 2018 г. производства формы лекарственного препарата Предуктал МВ 35 мг и полном переходе на новую форму выпуска – Предуктал ОД 80 мг.

Новая лекарственная форма – Предуктал ОД (МНН триметазидин) – капсулы с пролонгированным высвобождением, дозировка 80 мг, упаковка №30 и №60.

Режим дозирования новой формы Предуктал ОД 80 мг – одна капсула в сутки. Благодаря инновационной технологии при приеме препарата обеспечивается пролонгированное высвобождение триметазидина в ЖКТ с поддержанием его стабильной концентрации в плазме крови в течение 24 часов. Применение новой формы препарата позволит значительно увеличить приверженность пациентов лечению за счет однократного приема, что в свою очередь позволит более эффективно контролировать симптомы стабильной стенокардии.

Фармакокинетическая эквивалентность Предуктала МВ для двукратного приема (35 мг) и новой формы Предуктала ОД 80 мг для однократного приема доказана в сравнительном исследовании, необходимом для регистрации препарата и проведенном согласно европейским требованиям и стандартам.

Предуктал ОД 80 мг сохраняет все свойства Предуктала МВ 35 мг, обеспечивая:

- высокую эффективность по снижению приступов стенокардии;
- улучшение функционального класса ИБС и ХСН;
- уменьшение ремоделирования миокарда и повышение выживаемости больных.

Компания АО «Сервье» направляет максимум своих усилий на удовлетворение потребностей пациентов благодаря вкладу в терапевтический прогресс. Именно это послужило стимулом для создания инновационной, более удобной и эффективной формы выпуска. Использование Предуктала ОД 80 мг позволит повысить приверженность большинства пациентов проводимой терапии на фоне высокой эффективности и переносимости.

Один День Пациента с ИБС

Приложение «Контроль стенокардии»

Download on the App Store

Google play

Apple, the Apple logo and Iphone are trademarks of Apple Inc., registred in the U.S. and other countries.
App Store is a service mark of Apple Inc. Google Play and the Google Play logo are trademarks of Google Inc

По данным корреляционного анализа, взаимосвязь между общей суммой баллов способности к самопомощи, рассчитанных с помощью шкал EHFScBS_9 и SCHFI, закономерно носила отрицательный характер (r= –0,31, p<0,001).

Работа со шкалами EHFScBS_9 и SCHFI не вызвала затруднений у 23 (17,7%) пациентов с ХСН. По мнению больных, основные трудности в использовании шкалы EHFScBS_9 были связаны с 5-балльной оценочной системой Ликерта. В свою очередь, затруднения с использованием шкалы SCHFI ассоциировались с большим количеством вопросов, на которые больному ХСН необходимо было давать ответы. Средняя продолжительность времени заполнения пациентом опросника EHFScBS_9 составляла 2,6±1,1 минуты, а SCHFI была равна 5,2±1,5 минуты. В свою очередь, средняя продолжительность времени подсчета врачом результатов опросника EHFScBS_9 занимала 0,2±0,04 минуты, а SCHFI – 3,2±0,5 минуты соответственно.

Обсуждение

С учетом возрастающей роли обучения пациентов, страдающих сердечно-сосудистой патологией, в том числе и с ХСН, формирования у них мотивации к самоконтролю и самопомощи возникла необходимость создания инструментов, позволяющих эффективно контролировать навыки самопомощи в условиях реальной клинической практики. Наибольшую известность получили 9-пунктовая Европейская шкала оценки способности к самопомощи пациентов с сердечной недостаточностью (EHFScBS) [7] и 22-пунктовая версия американской шкалы The Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI) [8]. Однако до настоящего времени сравнительной оценки преимуществ и недостатков этих шкал проведено не было. В связи с тем, что в Российской Федерации валидированы две вышеуказанные шкалы оценки способности к самопомощи [9, 10], возникла необходимость их сравнительного анализа.

Наилучший результат по шкале EHFScBS_9, равный 9 баллам, был получен только у 10 (7,7%) больных. Подобные результаты отмечались и по показателям шкалы SCHFI, лишь 3 пациента из 130 (2,3%) имели сумму баллов (нестандартизованных) более 70, а 13 (10%) пациентов – более 60 баллов. Заметим, что несмотря на небольшие, но достоверные различия между результатами всех трех разделов шкалы SCHFI (p<0,0001), наивысший балл был отмечен в разделе B (управление самопомощью). Вероятнее всего, это преимущество было связано с наличием исходных базовых знаний пациентов о симптомах ХСН и дополнительных мерах при ухудшении самочувствия. Таким образом, участвующие в нашем исследовании коморбидные пациенты с ХСН продемонстрировали низкую способность к самопомощи. Аналогичная ситуация имела место при анализе способности к самопомощи у больных ХСН и в других странах [4, 5].

Лучшие показатели способности к самопомощи (минимальный по шкале EHFScBS_9 и максимальный по шкале SCHFI) отмечались в ответах сопоставимых вопросов обеих шкал, посвященных контролю отечного синдрома, водно-солевого режима, приема дополнительных мочегонных препаратов, приверженности к рекомендациям и использованию различных приспособлений, помогающих своевременно принимать лекарственные препараты.

По нашему мнению, шкала SCHFI (22 вопроса) более детально по сравнению со шкалой EHFScBS_9 (9 вопросов) позволяет оценивать способность к самопомощи пациентов с ХСН, разделяя и акцентируя внимание на трех основных разделах самопомощи: обеспечение, управление, уверенность. При этом большое внимание уделяется не только возможности пациента обратиться за рекомендациями к врачу или медицинской сестре, но и способности самостоятельно принять определенные меры для улучшения своего самочувствия, помимо ежедневного самоконтроля. На первый взгляд, вопросы шкалы EHFScBS_9 практически соответствуют вопросам раздела A и B шкалы SCHFI. Однако детальное рассмотрение сравниваемых шкал показало наличие лишь четырех вопросов, имеющих одинаковое смысловое значение. Немаловажным дополнением в шкале SCHFI является раздел C, позволяющий оценить уверенность пациента с ХСН в самопомощи. Кроме того, для расчетов по шкале SCHFI применяются специальные формулы, позволяющие вычислить стандартизованные показатели по каждому из разделов шкалы. По нашему мнению, это имеет существенное значение. Так, у 10–12 больных, у которых чаще всего встречались одинаковые значения нестандартизованных показателей – 59 баллов, диапазон колебаний по стандартизованному показателю на самом деле составил 162–179 баллов.

Анализируя продолжительность времени, которая потребовалась пациентам для заполнения шкал, а врачам для оценки полученных результатов, было отмечено, что на работу со шкалой SCHFI по сравнению со шкалой EHFScBS_9 требуется большее количество времени. Это обстоятельство представляется вполне очевидным в связи с большим количеством вопросов шкалы SCHFI, а также необходимостью использования формул для расчета показателей в этой шкале. С другой стороны, больные с ХСН чаще испытывали трудности при ответах на вопросы шкалы EHFScBS_9, что требовало дополнительных пояснений со стороны врача.

ISSN 0022-9040. Кардиология. 2020;60(8). DOI: 10.18087/cardio.2020.8.n1114

Заключение

Таким образом, проведенный нами сравнительный анализ Европейской шкалы оценки способности к самопомощи у больных ХСН и шкалы The Self-care of Heart Failure Index (version 6.2) показал, что обе шкалы являются простыми, действенными и равноправными инструментами для оценки способности к самопомощи у пациентов с ХСН. Несмотря на наличие некоторых различий между данными шкалами, они вполне могут быть использованы самостоятельно, а также вместе, дополняя друг друга как в клинических исследованиях, так и в условиях реальной клинической практики.

Конфликт интересов не заявлен.

Статья поступила 04.02.2020

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal. 2016;37(27):2129–200. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw128
2. Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T., Begrambekova Yu.L., Vasyuk Yu.A., Garganeeva A.A. et al. Russian Heart Failure Society, Russian Society of Cardiology. Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine Guidelines for Heart failure: chronic (CHF) and acute decompensated (ADHF). Diagnosis, prevention and treatment. Kardiologiia. 2018;58(6S):8–164. [Russian: Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., Беграмбекова Ю.Л., Васюк Ю.А., Гарганеева А.А. и др. Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение. Кардиология. 2018;58(6S):8-164]. DOI: 10.18087/cardio.2475
3. Toukhsati SR, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne, Parkville, Australia, Department of Cardiology, Austin Health, Heidelberg, Australia, Driscoll A, Department of Cardiology, Austin Health, Heidelberg, Australia, School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health, Deakin University, Burwood, Australia et al. Patient Self-Management In Chronic Heart Failure — Establishing Concordance Between Guidelines And Practice. Cardiac Failure Review. 2015;1(2):128–31. DOI: 10.15420/cfr.2015.1.2.128
4. Jaarsma T, Strömberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen H-D et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. Patient Education and Counseling. 2013;92(1):114–20. DOI: 10.1016/j.pec.2013.02.017
5. Moser DK, Dickson V, Jaarsma T, Lee C, Stromberg A, Riegel B. Role of Self-Care in the Patient with Heart Failure. Current Cardiology Reports. 2012;14(3):265–75. DOI: 10.1007/s11886-012-0267-9
6. van der Wal MHL, van Veldhuisen DJ, Veeger NJGM, Rutten FH, Jaarsma T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. European Heart Journal. 2010;31(12):1486–93. DOI: 10.1093/eurheartj/ehq091
7. Jaarsma T, Årestedt KF, Mårtensson J, Dracup K, Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. European Journal of Heart Failure. 2009;11(1):99–105. DOI: 10.1093/eurjhf/hfn007
8. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An Update on the Self-care of Heart Failure Index. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2009;24(6):485–97. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0
9. Lopatin Yu.M., Grebennikova A.A., Begrambekova Yu.L. Reliability and discriminant validity of the Russian version of European self-care behaviour scale in chronic heart failure. Russian Journal of Cardiology. 2016;21(8):14–9. [Russian: Лопатин Ю.М., Гребенникова А.А., Беграмбекова Ю.Л. Надежность и дискриминантная валидность Российской версии Европейской шкалы оценки способности к самопомощи пациентов с сердечной недостаточностью. Российский кардиологический журнал. 2016;21(8):14–9]. DOI: 10.15829/1560-4071-2016-8-14-19
10. Kartamyscheva E.D., Lopatin Yu.M. Validity and reliability of the Russian-language version of the Self-Care of Heart Failure Index in patients with heart failure. Russian Journal of Cardiology. 2020;25(1):83–8. [Russian: Картамышева Е.Д., Лопатин Ю.М. Валидность и надежность русскоязычной версии шкалы The Self-Care of Heart Failure Index у больных с хронической сердечной недостаточностью. Российский кардиологический журнал. 2020;25(1):83-8]. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-1-3639