



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice

College  
of Nursing  
Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

# **VLOGA POUČEVANJA PRI PACIENTIH S SRČNIM POPUŠČANJEM**

Mentor: dr. Saša Kadivec, viš. pred.      Kandidat: Ditka Benedičič Katona

Jesenice, avgust, 2011

## **ZAHVALA**

Najlepše se zahvaljujem mentorici dr. Saši Kadivec, viš. pred., za strokovno pomoč in podporo, potrpežljivost ter prijetno sodelovanje pri pisanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se tudi doc. Mitji Lainščaku, dr. med., spec. in Tanji Žontar, dipl. m. s. za strokovno in moralno podporo ter soustvarjanje pri poučevanju pacientov s srčnim popuščanjem.

Anji Blažun, univ. dipl. prev. iskreno hvala za natančno ureditev literature, uporabljene v delu in Katarini Kejžar, prof. slovenskega jezika s književnostjo za skrbno lektoriranje.

Hvala tudi mojim domačim, zaradi katerih sem smela postati študentka.

Prisrčna hvala našim pacientom, ki so si kljub bolezni vzeli čas in pokazali voljo za sodelovanje v raziskavi.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Srčno popuščanje je kronična bolezen in glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti današnjega časa. Rezultati večine epidemioloških raziskav kažejo na slabo osveščenost pacientov in ovire pri pridobivanju informacij o bolezni. V izogib omenjenim težavam je potrebno izvajanje zdravstvene vzgoje z vključitvijo multidisciplinarnega tima in svojcev na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Pacienti s srčnim popuščanjem pogosto nadaljujejo s paliativno oskrbo, zato se povečujejo potrebe po kakovostni organiziranosti in izvedbi menedžmenta, ki pacientom zagotavlja ustrezno zdravstveno nego.

**Cilj:** Cilj raziskave je pridobiti podatke o znanju in o zmožnostih izvajanja samooskrbe pri pacientih z diagnozo srčno popuščanje ter ugotoviti vlogo poučevanja pri pacientih s srčnim popuščanjem.

**Metoda:** Podatke smo pridobili z dvema standardiziranimi anketnima vprašalnikoma. (Evropska vedenjska lestvica in Nizozemska lestvica poznavanja srčnega popuščanja). Pacienti so na oba vprašalnika odgovarjali pred in po poučevanju. V raziskavi je sodelovalo skupaj 61 hospitaliziranih in ambulantnih pacientov v kliniki Golnik- Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo (klinika Golnik), od tega 33 moških in 28 žensk. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 15 (SPSS Inc., Chicago, IL). P-vrednost  $< 0,05$  je pomenila statistično pomembnost.

**Rezultati:** Rezultati so pokazali, da je učinek poučevanja pri pacientih s srčnim popuščanjem pozitiven. Preiskovanci so se najmanj strinjali s trditvami, da v primeru, če pridobijo v enem tednu 2–3 kg telesne teže, navežejo stik s svojim zdravnikom ali medicinsko sestro (PV 4,1; SO 1,5), in da se vsako leto cepijo proti gripi (PV 4,1; SO 1,5). Največje strinjanje pa je bilo izraženo glede predpisanega jemanja zdravil (PV 1,1; SO 0,2) in uživanja prehrane z manj soli (PV 2,1; SO 1,2). Prav tako so se preiskovanci odločili izboljšati lastno samooskrbo v 10 od 12 dejavnikov.

**Razprava:** Pacienti s srčnim popuščanjem nimajo dovolj znanja o svoji bolezni. To potrjuje tudi subjektivna ocena (razpon 1–10) o poznavanju srčnega popuščanja 3,7 (SO 2,4). Kljub temu, da se nihče od preiskovancev še nikoli ni udeležil tovrstnega izobraževanja, je bil odziv zadovoljiv. Za pridobitev novih informacij poznavanja

srčnega popuščanja bi (v razmaku enega meseca) vsem sodelujočim v raziskavi ponovno poslali oba vprašalnika. Raziskava je pokazala pozitivne učinke poučevanja pacientov s srčnim popuščanjem, zato bi bilo v prihodnje smotrno razmišljati o uvedbi šole za paciente s srčnim popuščanjem.

**Ključne besede:** srčno popuščanje, samooskrba, menedžment, zdravstvena vzgoja, paliativna oskrba.

## SUMMARY

**Theoretical basis:** Heart failure is a chronic illness and the main cause for the illness and mortality rates in the present time. The results of the majority of epidemiological researches point to bad patients' awareness and the obstacles at gathering information on disease. To avoid the mentioned problems it is necessary to carry out the health education together with the inclusion of the multidisciplinary team and relatives on the primary, secondary and tertiary level. Patients with heart failure often continue with paliative care, therefore the needs for high quality organization and management, which enable an appropriate health care for the patients, have been increasing.

**Aim:** : The goal of the research is to get the information on knowledge about heart failure and on the capability of self care for the patients who have been diagnosed a heart failure. It is also important to find out the role of education for the patients with heart failure.

**Method:** We gathered the information with two standard questionnaires that had been translated into Slovene. 61 hospitalized and treated patients at clinic Golnik – The University Clinic of Pulmonary and Allergic Diseases (Clinic Golnik) were included in the research, 33 men and 28 women. The statistical analysis was made with the programme SPSS 15 (SPSS Inc., Chicago, IL). The P-value < 0,05 meant the statistical importance.

**Results:** : The results showed that the effect of education on patients having heart failure is positive. The patients, who were included in the research, agreed the least with the statements saying that in case of gaining 2 to 3 kilos of weight in a week they get in contact with their doctor or nurse (PV 4,1; SO 1,5) and that they gat vaccinated against the flu (PV 4,1; SO 1,5). They agreed the most with the use of prescribed medicine (PV 1,1; SO 0,2) and eating less salty food (PV 2,1; SO 1,2). The patients involved in the research also decided to improve their self care in 10 out of 12 factors.

**Discussion:** Patients with heart failure do not have enough knowledge on their illness. This has also been confirmed by a subjective evaluation ( range from 1–10) of the knowledge on heart failure 3,7 (SO 2,4). Although the patients included in the research had never participated in such an education, the response was satisfactory. To get new

information on heart failure we would (in a month's time) send both questionnaires again to all the patients involved in the research. The research showed positive effects of education on patients with heart failure. It would definitely be good to consider about the school for the patients with heart failure.

**Key words:** heart failure, self care, management, health education, palliative care.

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>4</b>
	2.1 Srčno popuščanje .....	4
	2.1.1 Simptomi in znaki .....	7
	2.1.2 Preiskave pri srčnem popuščanju .....	9
	2.1.3 Zdravljenje srčnega popuščanja .....	10
	2.1.4 Življenje pacientov s srčnim popuščanjem .....	11
	2.1.5 Paliativna oskrba pacientov s srčnim popuščanjem .....	13
	2.2 Poučevanje pacientov .....	14
	2.2.1 Učne vsebine .....	16
	2.2.2 Metode poučevanja .....	17
	2.2.3 Oblike poučevanja.....	18
	2.3 Model samooskrbe po Dorothea Elizabeth Orem.....	18
<b>3</b>	<b>RAZISKOVALNI DEL.....</b>	<b>20</b>
	3.1 Problem in cilji raziskovanja .....	20
	3.2 Raziskovalna vprašanja .....	20
	3.3 Raziskovalna metodologija.....	20
	3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	20
	3.3.2 Opis instrumentarija .....	21
	3.3.3 Opis vzorca.....	22
	3.3.4 Opis obdelave podatkov .....	24
	3.4 Rezultati.....	25
	3.5 Razprava .....	32
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>39</b>

## **6 PRILOGE**

- 6.1 Anketni vprašalnik (socio-demografski podatki)
- 6.2 Nizozemska lestvica znanja o srčnem popuščanju
- 6.3 Evropska vedenjska lestvica samooskrbe

### **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Klasifikacija srčnega popuščanja (Margaret L. Campbell, 2009) .....	6
Tabela 2: Opis vzorca .....	23
Tabela 3: Test zanesljivosti zbranih podatkov .....	24
Tabela 4: Statistika pravih odgovorov pred in po poučevanju na test »Nizozemska lestvica znanja o srčnem popuščanju« (n=59) .....	27
Tabela 5: Trditve po Evropski vedenjski lestvici samooskrbe pri srčnem popuščanju (pred poučevanjem) .....	29
Tabela 6: Dosežena izboljšava pri samooskrbi na podlagi evropske vedenjske lestvice samooskrbe pri srčnem popuščanju po poučevanju .....	31



## 1 UVOD

Srčno popuščanje je stanje, pri katerem črpalna dejavnost ne zagotavlja zadostnega minutnega volumna srca in s tem zadostne prekrvavitve organov (Kapš, Kapš in Kapš Ostojić, 2009). Nova znanstvena odkritja v medicini so v preteklosti veliko pripomogla k diagnosticiranju in razumevanju srčnega popuščanja (Davis in Hobbs, 2000). Kljub temu incidenca in prevalenca v razvitem svetu strmo naraščata, kar je predvsem posledica staranja prebivalstva in večjega števila kroničnih koronarnih pacientov (Garg, 1993, McCall, 1995 in Sharpe, 1998; povz. po Keber, Lainščak, Horvat in Dobovišek, 2003). V Sloveniji je 10.000 do 38.000 pacientov s srčnim popuščanjem in vsako leto na novo zbolijo 2000 do 9000 pacientov, bolnišnično se jih zdravi 6000 letno (Keber, 2005).

Znaki in simptomi, zaradi katerih pacienti obiščejo zdravnika, se stopnjujejo od zmanjšane telesne zmogljivosti za napor do težkega dihanja v mirovanju in spanju. Take težave povzročajo nabiranje vode v pljučih, ki pacienta življenjsko ogrožajo. Najhujša oblika je tako imenovani pljučni edem, ki vodi v zadušitev (Keber in Medvešček Ružič, 2006).

Najpogostejše diagnostične preiskave in testi pri srčnem popuščanju so elektrokardiogram (EKG), rentgensko slikanje, natriuretični peptidi, test hoje, kontrola urina, pljučna funkcija (Beattie in Goodlin, 2008). Za celovito diagnostično opredelitev so pomembni anamneza, klinični status, ehokardiografija, Holter EKG in nuklearno medicinske preiskave (Zaletel, 2000).

Osnovno načelo zdravljenja bolezni je, da paciente zdravimo individualno. Pri farmakološkem zdravljenju srčnega popuščanja uporabljamo ACE inhibitorje, sledijo diuretiki, blokatorji angiotenzinskih receptorjev, blokatorji beta receptorjev, digitalis in spironolakton.

Pri obravnavi pacientov s srčnim popuščanjem sodelujejo tudi medicinske sestre, saj imajo pomembno vlogo pri poučevanju pacientov in ocenjevanju samooskrbe, ki vključuje tehtanje, vnos soli in tekočine, telesno aktivnost, prejemanje terapije, pravočasno poznavanje znakov poslabšanja in hitro iskanje zdravniške pomoči. Program odpustov vodi medicinska sestra in pri tem sledi navodilom, smernicam,

orodjem, ki bi lahko znatno izboljšali stopnjo samooskrbe pri pacientih s srčnim popuščanjem (Paul, 2008).

Med glavne dejavnike tveganja sodijo kajenje, nepravilna prehrana in posledično zvišan holesterol v serumu, zvišan krvni tlak, telesna nedejavnost, prekomerna telesna teža, prekomerno pitje alkoholnih pijač, sladkorna bolezen. Med nespremenljive dejavnike (CINDI, 2008) sodijo spol, starost, pozitivna družinska in osebna anamneza.

Žalar (2009) z raziskavo ugotavlja, da bi morali biti promocija zdravja in zdravstvena vzgoja navzoči v vseh okoljih, kjer ljudje živijo in delajo. Za to pa je med drugim potrebno ustrezno število izobraženih strokovnjakov, vključitev predmeta zdravstvene vzgoje na nekatere dodiplomske in podiplomske študije, sodelovanje učiteljev in vzgojiteljev z zdravstvenimi vzgojitelji pri vzgoji za zdravje, vzpostavitev univerzitetnega študija za promotorje zdravja in ponovna uvedba fakultetnega študija zdravstvene vzgoje. Žalarjeva povzema, da bi le z zadostnim številom izobraženih strokovnjakov lahko vplivali na boljšo informiranost, ozaveščenost, zdrav življenjski slog ter posledično na zmanjšanje problematike bolezni srca in ožilja in drugih sodobnih kroničnih nenalezljivih bolezni.

Hoyer (2005) omenja tri ravni zdravstvene vzgoje, ki izhajajo iz značilnosti treh ravni zdravstvene dejavnosti in iz potreb posameznih skupin prebivalstva. Zorc, Torkar, Bahun, Ramšak Pajk (2010) navajajo, da je zdravstvena vzgoja na primarni ravni namenjena zdravemu prebivalstvu. Njena naloga je obveščati o dejavnikih, ki ogrožajo zdravje, in tistih, ki ga vzdržujejo ali povrnejo. Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni zajema rizične skupine prebivalstva, vendar še zdravo populacijo. Terciarna raven zdravstvene vzgoje pomeni skrb za tiste, pri katerih je že prišlo do določene spremembe oziroma je zdravje pri njih že prizadeto. Posameznike želi usposobiti, da bi preprečili ponoven pojav bolezni in kakovostno živeli z nastalo spremembo. Namenjena je pacientom, invalidom in njihovim svojcem.

»Vsak, ki poučuje, se mora na delo dobro pripraviti. Pred začetkom se dobro usposobimo za delo z učnimi pripomočki in preizkusimo delovanje aparatov. Pravočasno pripravimo ves material za praktično delo. Preveriti moramo lastno znanje in spretnosti. Celovita vzgojiteljeva osebnost je poleg dobre strokovne in pedagoške usposobljenosti pomemben dejavnik poučevanja. Vzpostaviti mora dober stik s poslušalci, mora biti sproščen in slediti odzivnosti slušateljev« ( Kadivec, 2010, str. 5).

Tako kot mnogi avtorji tudi Janša Trontelj (2004) v članku opozarja, da imajo pacienti s srčnim popuščanjem pomanjkljivo znanje o bolezni. Zaradi številnih omejitev so nemotivirani, malodušni in nimajo volje za sprejemanje nasvetov. Slabo se počutijo, so nemočni, izogibajo se pogovoru o osebnem zdravstvenem stanju in jih je strah.

Dorothea Elizabeth Orem je razvila tri stopnje samooskrbe. Prva je univerzalna samooskrba, ki temelji na zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti (dihanje, prehranjevanje, pitje, izločanje, počitek, rekreacija, socializacija ...). Drugo stopnjo je imenovala razvojna samooskrba, ki poudarja človeški razvojni proces. Osredotoča se na potrebe po ustreznih življenjskih pogojih, ki podpirajo življenje ter spodbujajo človekovo rast in razvoj. Tretja stopnja obravnava samooskrbo v času bolezni. Pacient naj bi spremenil samopodobo, življenjski stil, prilagodil dnevno rutino ali našel druge načine za obvladovanje bolezni (Ross in Cobb, 1990).

Če bi torej bolje skrbeli za to, da bolezni preprečimo, bi se vsekakor izboljšala kakovost našega življenja. Mnogi tako ne bi predčasno umrli. Govorimo o civilizacijskih boleznih, in dejstvo je, da življenjski slog določa zdravje bolj, kakor se tega običajno zavedamo (Završnik in Frankič, 2010).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 SRČNO POPUŠČANJE

Srčno popuščanje je bolezenski sindrom, ki nastane zaradi okvare delovanja srca. Prvi opisi bolezni segajo v obdobje starega Egipta, Grčije, Indije; v Rimu so uporabljali zdravilno rastlino naprstec (Davis, 2000). Do tedaj je bilo zdravljenje srčnih bolezni v glavnem neučinkovito. Zdravniki so priporočali mirovanje in zdravila, ki niso imela zdravilne vrednosti (Kapš, Kapš in Kapš Ostojić, 2009).

K poznavanju in razumevanju bolezni so pripomogla pomembna odkritja. Leta 1628 je William Harvey opisal krvni obtok in delovanje srca, leta 1819 je Rene Laennec izumil stetoskop, nekaj desetletij kasneje je Wihelm Röntgen odkril x-žarke in leta 1890 Einthoven elektrokardiograf. Odkritja ehokardiografije, srčne kateterizacije in nuklearne medicine so še dodatno izboljšala diagnostiko in preiskave pri pacientih s srčnim popuščanjem (Davis, 2000).

Konec 19. in v začetku 20. stoletja so srčno popuščanje začeli povezovati z zastajanjem tekočin v telesu; za odtekanje tekočine so vstavljali Southeyjeve cevke. Šele v 20. stoletju so odkrili diuretike, vazodilatatorji do razvoja angiotenzinske konvertaze, leta 1970, niso bili pogosto uporabljeni (Fiddian Green, 2003).

Avtorja Davis in Hobbs (2000) v članku navajata različne definicije srčnega popuščanja, ki so se oblikovale skozi zgodovino: Thomas Lewis (1933) je bil mnenja, da je to stanje, kjer srce ne izpolnjuje svoje funkcije, Paul Wood (1950) je pisal o stanju, kjer srce kljub ustreznemu tlaku ne zmore vzdrževati zadostne cirkulacije, Braunwald (1980) je trdil, da je srčno popuščanje patofiziološko stanje, kjer je nepravilna srčna funkcija odgovorna za slabo črpanje krvi po telesu glede na potrebo tkiv, Jay Cohn (1988) pa je menil, da je to sindrom, pri katerem je disfunkcija srca povezana z zmanjšano toleranco za telesno aktivnost, visoko stopnjo ventrikularne aritmije in krajšo življenjsko dobo (Jay Cohn, 1988).

»Srčno popuščanje lahko opredelimo kot bolezensko stanje, pri katerem okvarjeno srce ne zmore črpati dovolj krvi, da bi zadostilo presnovnim potrebam ostalih organov in tkiv« (Vrtovec, 2004, str. 5). Definiramo ga lahko tudi kot klinični sindrom, ki oslabi črpalno sposobnost miokarda. Lahko je posledica: 1. kakršnekoli strukturne ali funkcionalne motnje srca, kot so: koronarna bolezen srca, bolezen srčnih zaklopk,

kardiomiopatije, 2. sladkorne bolezni, bolezni ledvic, hipertenzije in aritmije (Hatchett in Thompson, 2002; povz. po While in Kiek, 2009). Krčljivost srčne mišice je torej okrnjena, zato se zmanjša količina prečrpane krvi, to pa povzroči padec arterijskega krvnega tlaka. S tem se poveča dejavnost simpatičnega dela vegetativnega živčevja-izboljša se krčljivost srčne mišice in poveča frekvenca srčnega utripa. Pride tudi do skrčenja arteriol, kar pa je za srce dolgoročno škodljivo, ker se povečuje njegova obremenitev (Antolič in Ružič Medvešček, 1999).

V zadnjih dveh desetletjih je delež novoodkritih primerov srčnega popuščanja ostal konstanten zaradi uspešnosti preživetja pacientov, medtem ko je razširjenost bolezni v porastu (Fang, Mensah in Croft, 2004; povz. po Boren, Wakefield in Gunlock, Wakefield, 2009). Cleland, idr., (2000); povz. po Lainščak, Kerbev, Horvat, Benko, Klančnik Gruden in Keber, (2004) ugotavljajo, da je, tako kot povsod po Evropi, tudi v Sloveniji kratkoročna napoved izida za paciente s srčnim popuščanjem še vedno slaba. Cleland, Gemmell, Khand in Boddy, (1999); povz. po Lainščak, Kerbev, Horvat, Benko, Klančnik Gruden in Keber, (2004) dodajajo, da polovica pacientov umre štiri leta po postavitvi diagnoze, medtem ko je enoletna smrtnost pri pacientih z napredovalim srčnim popuščanjem kar 50%.

Pacienti s srčnim popuščanjem so najpogostejši vzrok hospitalizacij, zato je potrebno povečati preventivo bolezni (Schocken idr., 2008).

Srčno popuščanje ne predstavlja velikega bremena samo za zdravstveni sistem temveč tudi za same paciente. Po nekaterih podatkih je 20–50% pacientov ponovno hospitaliziranih v obdobju treh mesecev po odpustu (Šlehta in Lainščak, 2008).

Obstajata dva pristopa h klasifikaciji srčnega popuščanja (tabela 1). Klasifikacija American Heart Association/American College of Cardiologists (AHA/ACC) daje poudarek napredovanju srčnega popuščanja. New York Heart Association (NYHA) uvršča paciente v kategorije glede na njihove funkcionalne zmožnosti. Oba sistema se dopolnjujeta.

**Tabela 1: Klasifikacija srčnega popuščanja (Margaret L. Campbell, 2009)**

AHA/ACC stadij		NYHA funkcionalni razred	
stadij	opis	razred	opis
A	Pacienti, pri katerih je velika verjetnost nastanka srčnega popuščanja zaradi prisotnosti stanj, ki so povezana z razvojem srčnega popuščanja. Pacienti nimajo opaznih strukturnih ali funkcionalnih abnormalnosti perikarda, miokarda ali zaklopk in niso nikdar imeli znakov ali simptomov srčnega popuščanja.	I	Ni omejitev pri telesni aktivnosti. Običajna telesna aktivnost ne povzroči nepričakovane utrujenosti, palpitacij ali dispneje.
B	Pacienti, pri katerih se je pojavila strukturna bolezen srca, ki je močno povezana z razvojem srčnega popuščanja, a nikdar niso imeli znakov ali simptomov srčnega popuščanja.	II	Rahla omejenost pri telesni aktivnosti. Ni težav v mirovanju, običajna telesna aktivnost pa povzroči utrujenost, palpitacije ali dispnejo.
C	Pacienti, ki imajo ali so imeli simptome srčnega popuščanja, ki so povezani s strukturno boleznijo srca.	III	Značilna je izrazita omejenost pri telesni aktivnosti. V mirovanju ni težav, že aktivnost, ki je manjša od običajne, povzroči utrujenost, palpitacije ali dispnejo.
D	Pacienti z napredovalo strukturno boleznijo srca in izrazitimi simptomi srčnega popuščanja, kljub najboljše terapiji in potrebi po specialističnih intervencijah.	IV	Nesposobnost izvajanja kakršnekoli aktivnosti brez težav (neugodja). Simptomi srčnega popuščanja se kažejo že v mirovanju. Z vsako telesno aktivnostjo se občutje neugodja poveča.

**Vir: Margaret L. Campbell (2009, str. 18–19);**

Srčno popuščanje, kot zadnja stopnja bolezni srca, je še vedno glavni vzrok zbolewnosti in umrljivosti (Stewart in Blue, 2004; povz. po While in Kiek, 2009). V Ameriki

prizadene 1% ljudi starih med 50 in 60 let ter 10% ljudi starih 80 let (Osterhouse, Kettner in Boesch, 2005). Vzročni dejavniki za nastanek bolezni so koronarna bolezen, arterijska hipertenzija, bolezni srčnih zaklopk, okužbe, bolezni perikarda, kardiotskične snovi (alkohol, zdravila), sladkorna bolezen (Vrtovec, 2004). Tako vzrok kot posledica srčnega popuščanja je tudi anemija. Raziskave, ki so proučevale vpliv zdravljenja anemije na potek srčnega popuščanja, so pokazale, da je zdravljenje anemije povezano z izboljšanjem napovedi izida bolezni in tudi izboljšanjem kakovosti življenja (Šebeštjen, Keber in Jug, 2010).

Vrste srčnega popuščanja lahko razvrstimo v kategorije, ki so skladne s patofiziološkimi značilnostmi (Beattie in Goodlin, 2008). Akutno srčno popuščanje je nenadna izguba sposobnosti črpanja krvi za potrebe organizma. Lahko je posledica miokardnega infarkta, atrijske fibrilacije, izgube tekočine (hemoragija) ali okvare zaklopk (Gutierrez in Peterson, 2002; povz. po Searson, 2007). Lahko se pojavi pri pacientih s kroničnim srčnim popuščanjem, kot posledica infekcije, pozabljene ali spremenjene terapije, včasih tudi brez očitnega vzroka (Searson, 2007). Glede na del srca, ki je funkcionalno slaboten, razlikujemo levostransko in desnostransko srčno popuščanje. Pri levostranskem srčnem popuščanju nastanejo simptomi in znaki zaradi zastoja krvi v levem preddvoru in nato še v pljučnem krvnem obtoku. Glavni bolezenski znak je težko dihanje. Pri desnostranskem srčnem popuščanju ugotavljamo simptome in znake zaradi zastoja krvi v celem telesu. Najpogostejši znak je pojav perifernih oteklin. Oba prekata pa sta med seboj anatomsko in funkcionalno povezana, zato nepravilno delovanje enega pripelje do nepravilnega delovanja drugega (Kapš, Kapš in Kapš Ostojić, 2009).

Sestavni del vsakih smernic vodenja pri pacientih s srčnim popuščanjem je poučevanje. Pacienta poučimo o njegovem bolezenskem stanju, izogibanju čezmernega vnosa soli in vsakodnevnem tehtanju zaradi uravnavanja tekočine v telesu, kar dolgoročno pomeni korist za pacienta in poslovanje (Ashley in Niebauer, 2004).

### 2.1.1 Simptomi in znaki

Znake in simptome srčnega popuščanja razdelimo v dve skupini: tiste, ki nastanejo zaradi zastajanja tekočine v telesu (dispneja, edem, ascites itd.), in tiste, ki nastanejo zaradi zmanjšane minutnega volumna srca (utrujenost, vrtoglavica itd.). Slednji so v začetku prisotni ob fizičnem naporu ali jih sprožijo različni dejavniki (okužba, anemija, aritmije, prevelik vnos soli, nosečnost ter druga stanja, ki obremenijo delovanje srca).

Pri napredovali bolezni se simptomi in klinični znaki pojavijo že ob manjšem naporu ali celo v mirovanju (Labus idr., 1996; povz. po Jalovec, Marinč in Sotošek, 2010).

Znaki in simptomi srčnega popuščanja se lahko razvijejo postopno ali nenadno kot akutno poslabšanje zdravstvenega stanja (Keber in Medvešček, 2006). Pri začetnih stanjih ob naporu hitreje nastopita zadihanost in utrujenost. Ko srčno popuščanje napreduje, je zmožnost premagovanja napora vse manjša, zadihanost in utrujenost nastopita že pri hoji po ravnem, kasneje že v mirovanju. Posebej je izrazit občutek šibkosti, srčni utrip je tudi v mirovanju pospešen. Občutek težkega dihanja nastane zaradi nabiranja tekočine v pljučih in zmanjšanega črpanja krvi iz srca. Posledica tega je dolgotrajen, neproduktiven kašelj. Dihanje postane ostro (hropeče), lahko se pojavi celo piskanje. Šibkost nastane zaradi oslabiljene črpalne sposobnosti srca, zato mišice in drugi organi ne dobijo zadostne količine kisika in hranilnih snovi. Vzrok otekanja gležnjev in nog je zastajanje tekočine v telesu zaradi oslabiljenega pretoka krvi skozi ledvice in dejstva, da srce ne črpa dovolj krvi iz ven v arterije. Zadrževanje tekočine v telesu povzroči povečanje telesne teže. Pojavi se lahko tudi izguba apetita, ki je posledica zadrževanja tekočine v prebavnih organih, kar daje občutek sitosti. Zaradi zatekanja jeter se lahko pojavi bolečina pod desnim rebrnim lokom (Keber, 2005).

Znaki in simptomi (Berger, 2009), ki se pojavijo pri srčnem popuščanju, so lahko še nepravilen ali pospešen pulz, palpitacije, utrujenost, šibkost, izčrpanost, izguba koncentracije, zmanjšana produkcija urina, slabost in bruhanje, nikturija ter težave s spanjem. Kažejo se predvsem z oteženim dihanjem, ko pacient najlažje diha, če sedi ali stoji (ortopneja) in s paroksizmalno nočno dispnejo (srčna astma), kjer sedeči položaj ne pomaga (Kapš, Kapš in Kapš Ostojić, 2009).

Hude oblike srčnega popuščanja se kažejo z bledico, periferno cianozo, potnimi dlanmi, nizko telesno temperaturo, mišično atrofijo, izgubo telesne teže in zlatenico (Ferrari, Opasich in Tavazzi, 2003).

Pacienti trpijo tudi zaradi različnih psihosocialnih motenj. Depresija je najbolj raziskan psihosocialni dejavnik pri pacientih s srčnim popuščanjem. Poleg visoke prevalence je prav tako pomemben kazalnik pogostih hospitalizacij (Koenig, 1998; povz. po Lainščak in Keber, 2003) in zdi se kot neodvisen dejavnik tveganja za umrljivost (Murberg, Bru, Svebak, Tveretas in Aarsland, 1999; povz. po Lainščak in Keber, 2003). Precej manj je bila raziskana anksioznost. Razpoložljivi viri kažejo, da anksioznost nima velikega



vpliva na paciente s srčnim popuščanjem. Se je pa izkazalo, da so bile čustvene stiske pred hospitalizacijo dvakrat večje pri pacientih s srčnim popuščanjem kot pri ostalih pacientih (Perlman, Ferguson, Bergum, Isenberg in Hammarsten, 1971; povz. po Lainščak in Keber, 2003).

### 2.1.2 Preiskave pri srčnem popuščanju

Obstaja več diagnostičnih preiskav s katerimi potrdimo ali ovržemo diagnozo srčnega popuščanja. Elektrokardiogram (EKG) opravimo pri vseh pacientih s sumom na srčno popuščanje (Dickstein idr., 2008). Je najbolj dostopna neinvazivna preiskava, ki ponavadi kaže nepravilnosti (Mosterd idr., 1997; povz. po Lainščak, 2001). Dvanajstkanalni EKG lahko zazna miokardni infarkt, atrijsko fibrilacijo, bolezni srčnih zaklopk, perikarditis in kardiomiopatijo (Collins, 2006; povz. po Tansey, 2010). Najpogosteje ugotovimo motnje ritma ter znake obremenitve in hipertrofije prekatov. Negativna napovedna vrednost normalnega elektrokardiograma je velika (Mosterd idr., 1997; povz. po Lainščak, 2001). Ultrazvočna preiskava bi morala biti rutinska preiskava v diagnostičnem postopku z veliko pozitivno napovedno vrednostjo (Dickstein idr., 2008), ki nam da podatek o funkciji prekatov in zaklopk, krčljivosti in raztegljivosti, velikosti srčnih votlin in osrčniku (Poles, 2001; povz. po Poles, Arzenšek in Hižar, 2009). Visoka koncentracija natriuretičnih peptidov kljub optimalnemu zdravljenju kaže na slabo prognozo. Rentgensko slikanje pokaže vzroke dispneje. (Dickstein idr., 2008). Računalniška tomografija (CT) pokaže anatomske lastnosti srčnih votlin, zaklopk, žilja in miokarda, poleg tega še oceno funkcije prekatov in zaklopk, osrčnika ter pretočnost venskega žilja (Swedberg idr., 2005; Keber idr., 2007; in Poles, Hižar in Lebar, 2007; povz. po Hižar, Poles in Lebar, 2009). Krvni test, ki preverja prisotnost troponina v krvnem obtoku, je prav tako na voljo. Troponini so majhne beljakovine, ki se nahajajo na koncu mišičnih vlaken znotraj srca. Ko ta vlakna počijo, kot pri miokardnem infarktu, preidejo te beljakovine v krvni obtok in ostanejo povišane do 14 dni (Collinson, 2006; povz. po Tansey, 2010).

Priporočila Evropskega združenja za kardiologijo (Keber idr., 2007; povz. po Hižar, Poles in Lebar, 2009) in Smernice za zdravljenje kroničnega srčnega popuščanja Združenja kardiologov Slovenije (Poles in Arzenšek, 2005; povz. po Hižar, Poles in Lebar, 2009) priporočajo naslednje preiskave: EKG, magnetna resonanca (MRI),

ultrazvok (UZ), preiskavo pljučne funkcije, obremenitveno testiranje in srčno kateterizacijo.

### 2.1.3 Zdravljenje srčnega popuščanja

Cilj zdravljenja je odstranjevanje težav in izboljšanje kakovosti življenja pacientov ter zmanjšanje umrljivosti (Žagar, 2010). Navkljub napredku in novim načinom zdravljenja velik delež pacientov s srčnim popuščanjem doseže napredovalo stopnjo bolezni, ki ni več odzivna na zdravljenje z zdravili in je povezana z visoko stopnjo umrljivosti. Ob napredovanju bolezni je zaradi zahtevnejših metod zdravljenja potrebna obravnava na terciarni ravni. Poleg presaditve srca, presaditve matičnih celic, zdravljenja z resinhronizacijskim srčnim spodbujevalcem, mehanske podpore prekatov, je izrednega pomena tudi zdravljenje z novejšimi zdravili (Vrtovec, 2010).

Ker imajo pacienti s srčno boleznijo pogosto več težav, morajo včasih hkrati dobivati več zdravil. Mnoga delujejo neposredno na srce in spremenijo hitrost in ritem srčnega utripa. Imenujemo jih antiaritmiki. Digitalis je skupno ime za številne snovi, ki se pojavljajo v naravi. Najdemo jih v listih rastlin iz družine naprstecev, uporabljamo pa pri določenih boleznih srca. Digitalis zmanjša tok električnih impulzov in tako upočasni srčni utrip. Blokatorji receptorjev beta odpravijo vzburljivo delovanje noradrenalina in s tem zmanjšajo moč in hitrost srčnega utripa. Zaviralci angiotenzinske konvertaze so zdravila, ki širijo žile in s tem razbremenijo srce. Diuretiki povečujejo izločanje vode iz telesa in znižujejo krvni tlak (Henry, 1996). Vendar imajo ta zdravila lahko škodljiv učinek pri pacientih s sladkorno boleznijo, ker nasprotujejo hipoglikemičnemu učinku zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni. Kot rezultat se to lahko odrazi v hiperglikemiji (Eggenbergerin idr., 2001; povz. po Tansey, 2010). Hipolipemiki znižujejo koncentracijo holesterola v krvi in s tem zmanjšujejo nevarnost ateroskleroze. Antikoagulansi ohranjajo normalen pretok krvi pri ljudeh, ki jih ogroža nastajanje krvnih strdkov. Lahko preprečijo nastajanje krvnih strdkov v venah ali pa stabilizirajo že nastali strdek, da se ne odtrga in ne postane embol, ki bi zamašil žilo (Henry, 1996). Iz teh primerov je razvidno, da pacienti s srčnim popuščanjem jemljejo več zdravil hkrati, predvsem ljudje stari nad 65 let, ki spadajo v bolj rizično skupino pacientov s srčnim popuščanjem (Frazier, 2005; povz. po Tansey, 2010).

Razen zdravljenja z zdravili na uspešnost zdravljenja v veliki meri vplivajo tudi nefarmakološki ukrepi (Guidelines to the treatment of heart failure, 1997; povz. po

Keber, Lainščak, Horvat in Dobovišek, 2003). Paciente moramo poučiti o njihovem stanju, jih naučiti živeti z njim in jim svetovati o spremembah načina življenja. Redno morajo jemati predpisana zdravila, omejiti morajo dnevni vnos tekočin in soli, koristna je telesna aktivnost – razen v najtežjih stanjih (funkcijski razred IV) opustiti morajo pitje alkohola in kajenje (Gibbs, Jackson, Lip, 2000; povz. po Keber, Lainščak, Horvat in Dobovišek, 2002). Izvajanje teh ukrepov je zelo odvisno od pacientove dovzetnosti in pripravljenosti na spremembe načina življenja na eni strani ter zavzetosti zdravstvenih delavcev za zdravstveno vzgojo teh pacientov na drugi (Hobbs, Davies, Lip, 2000; Hobbs, 1999; povz. po Keber, Lainščak, Horvat in Dobovišek, 2003).

Šebeštjen (2004) kot ostale načine zdravljenja pacientov s srčnim popuščanjem navaja vstavljanje srčnih vzpodbujevalcev in defibrilatorjev, mehansko podporo prekata in nenazadnje presaditev srca.

#### 2.1.4 Življenje pacientov s srčnim popuščanjem

Dejavnik, s katerim želimo izboljšati kakovost življenja pacientom s srčnim popuščanjem po odpustu, je samooskrba (Železnik, 2010). Slovar medicinskih sester (Adams idr., 2007) samooskrbo definira kot pravilno skrbeti zase, tako da ostaneš zdrav.

Pri zdravljenju srčnega popuščanja je sodelovanje pacientov na prvem mestu. Ker se pacienti hitro utrudijo in težko dihamo že pri majhnih naporih, raje počivajo. Ker je v medicini dolgo veljalo, da morajo srčni pacienti počivati, je takšno prepričanje med laiki še vedno zelo razširjeno. Danes vemo, da je telesna dejavnost zdravilna, zato jo svetujemo vsem, tudi zelo prizadetim pacientom. Odsvetujemo jo le v obdobjih, ko se bolezen naglo slabša. Telesna dejavnost pa mora biti ustrezno odmerjena, saj pretiravanje lahko škodi. Pacienti morajo zelo paziti pri prehrani. Če so predebeli, morajo shujšati, kajti prekomerna telesna teža zelo obremenjuje srce. obroki morajo biti skromni, pacienti se morajo izogibati zelo slani hrani, kot so suhomesnati izdelki, tudi soli morajo uporabljati karseda malo (Rutar, 2004).

Za srčno popuščanje je značilna žeja, ki je tem hujša, bolj ko so pacienti bolni. Pacienti si gasijo žejo s prekomernim pitjem tekočine, ko pa jim zdravnik to odsvetuje, uživajo sočno sadje. Pacienti, ki se nagibajo k zastajanju tekočine v telesu, morajo biti zelo previdni pri uživanju obojega (še posebno škodljive so mineralne vode). Žejo še povečujejo močna zdravila za odvajanje vode (furosemidi), ki sicer zelo izboljšajo

počutje, vendar lahko kratkoročno in dolgoročno škodujejo. Pametneje je, da pacienti omejijo uživanje tekočin in jemljejo zdravila za odvajanje vode samo, če opazijo, da jim kljub discipliniranemu življenju zastaja voda v telesu. Zastajanje ugotovijo po počutju, otekanju nog in povečanju trebušnega obsega. Vsako jutro se morajo stehtati, in če se teža poveča za en kilogram, morajo biti še bolj disciplinirani in poseči po tabletah za odvajanje vode. Odmerek teh zdravil naj bo čim manjši, vendar dovolj velik, da je učinek zadovoljiv. Alkoholne pijače zelo škodujejo oslABLJeni srčni mišici, zato jih pacienti ne smejo uživati. Tudi kajenje odsvetujemo, zlasti pacientom z boleznijo srčnih žil. Odsvetujemo tudi uživanje protibolečinskih zdravil iz skupine nesteroidnih antirevmatikov, ki lahko v hipu poslabšajo srčno popuščanje (Ružič Medvešček, 2010). Nezdruvo prehranjevanje in nezadostna telesna dejavnost sta dejavnika nezdravega življenjskega sloga, h kateremu prispevata tudi kajenje in prekomerno uživanje alkoholnih pijač. Dokazano je, da so dejavniki nezdravega življenjskega sloga ključni v procesih nastanka, napredovanja in pojavljanja zapletov najpomembnejših kroničnih nenalezljivih bolezni. Poleg bolezni srca in ožilja so to še sladkorna bolezen, nekatere vrste raka, nekatere kronične pljučne bolezni, debelost, osteoporoza in druge bolezni mišično kostnega sistema. Vsakdo lahko izboljša svoje zdravstveno stanje in zmanjša tveganje za bolezni, če se odloči za zdrav življenjski slog (nekajenje, redna telesna aktivnost, zdržnost od alkohola, 7–8 ur spanja vsako noč, primerna telesna teža, reden biološko vreden zajtrk, neuživanje vmesnih obrokov), ob poslabšanju pravočasno pokliče zdravniško pomoč, ravna po zdravnikovih nasvetih in se tudi sprijazni z dejstvom, da na nekatere zdravstvene težave nima nobenega vpliva (Završnik in Frankič, 2010).

Lainščak idr., (2011) v članku navajajo praktična priporočila za izvajanje in nadzorovanje samooskrbe pri pacientih s srčnim popuščanjem. To so predvsem zgodnje prepoznavanje simptomov, nadzor nad vnosom tekočine in soli, ohranjanje zdrave telesne teže, omejitev kajenja in uživanja alkohola, vzdrževanje telesne aktivnosti, preprečevanje infekcij povezanih s poslabšanjem bolezni, optimalna samooskrba, sprejemljivo spolno življenje, prepoznavanje in zdravljenje depresije, spremljanje pacientov na daljavo (tele-medicina), obravnava motenj spanja in zagotavljanje varnega potovanja.

### 2.1.5 Paliativna oskrba pacientov s srčnim popuščanjem

Obstaja kar nekaj definicij paliativne oskrbe, ki imajo enak koncept. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) navaja: paliativna oskrba skrbi za kakovost življenja pacientov in njihovih svojcev s kroničnimi neozdravljivimi boleznimi tako, da lajša bolečino, simptome bolezni ter nudi duhovno in psihosocialno podporo do konca življenja (Campbell, 2009).

Čeprav se zdravstvena oskrba razlikuje med posameznimi državami, pa vprašanja, povezana s terminalnim stadijem pacientov s srčnim popuščanjem, vzbujajo zanimanje. Ponekod paciente z napredovalim srčnim popuščanjem že obravnavajo na paliativnih oddelkih. (Beattie in Goodlin, 2008).

Namen paliativne oskrbe pri pacientih s srčnim popuščanjem je lajšanje trpljenja. Pomembno je zgodnje prepoznavanje, natančna ocena in zdravljenje simptomov ter lajšanje psihičnih, fizičnih in duhovnih težav (Jaarsma idr., 2009).

Za kakovostno paliativno oskrbo je potreben tim strokovnjakov, v katerem so: zdravnik, medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, socialni delavec, klinični psiholog, delovni terapevt, fizioterapevt, dietetik, izvajalec duhovne oskrbe in prostovoljci. Celoten tim ima znanja s področja paliativne oskrbe. Obseg njihove pomoči je odvisen od potreb pacienta in njegovih bližnjih ter se stopnjuje od začetka bolezni do smrti. Dandanes so pozitivni učinki paliativne oskrbe znanstveno dokazani glede na učinkovitost in ekonomičnost ter realizirani v mnogih razvitih deželah. Z naraščanjem kroničnih obolenj ter podaljšanjem življenjske dobe so potrebe po paliativni oskrbi vse večje (Krčevski Škvarč idr., 2008).

Bobnar (2008) ugotavlja, da so v nekateri okoljih razviti različni modeli ali službe za nudenje specialistične paliativne oskrbe pacientov z napredovalim srčnim popuščanjem. Kljub temu pa je zelo malo pacientov s srčnim popuščanjem primerno zdravstveno oskrbovanih ob koncu življenja, za razliko od pacientov z rakom, ki so jim posredovane popolne informacije, ki jih razumejo; ti pacienti se svojega umiranja zavedajo. V primerjavi s pacienti z rakom, kjer je konec življenja v zadnjem stadiju bolezni relativno predvidljiv, je prognoza pacientov z napredovalim srčnim popuščanjem negotova, nepredvidljiva. Rosenwax idr., (2005); povz. po Bobnar (2008) menijo, da je ravno nepredvidljivost prognoze te bolezni tista, ki preprečuje, da bi bili pacienti prepoznani

kot primerni pacienti za paliativno oskrbo, vse dokler niso dejansko opredeljeni kot terminalno bolni.

Ne čudi ugotovitev (Trupp in Wingate, 2008), da je 67% pacientov po postavitvi diagnoze zmotno menilo, da imajo pred seboj daljše življenje kot pacienti z rakom.

Addington Hall in Higginson (2006) sta opravila raziskavo, ki kaže, da pacienti, ki umirajo zaradi srčnih bolezni, nimajo zadovoljenih vseh življenjskih potreb in nimajo nadzora nad simptomi. Med obravnavo pacienta z odpovedjo srca je potrebno misliti ne le na odpravljanje simptomov, temveč tudi na podporo pacientom kot tudi njihovim svojcem. Za večino pacientov s srčnim popuščanjem ni jasno določena terminalna faza življenja, kar otežuje načrtovanje paliativne oskrbe in zmanjšuje kakovost zdravstvene nege.

## 2.2 POUČEVANJE PACIENTOV

Poučevanje pacientov ali zdravstvena vzgoja je široko prosvetljevanje za samostojnost v skrbi za zdravje in sodelovanje pri zdravljenju, kadar je to potrebno, in zajema ljudi v vseh starostnih obdobjih. Pomaga jim, da predstavljene informacije razumejo, razjasnijo svoja stališča ali oblikujejo nova, spoznajo nove vrednote in jih spoštujejo ter so pozorni na svoje obnašanje glede zdravja. Z zdravstveno vzgojo kot nefarmakološkim ukrepom gradimo prizadevanje za preprečevanje in nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni, ohranjamo zdravje in preprečujemo nastanek dejavnikov tveganja, pomembnih za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni (Hoyer, 2005).

»Zdravstvena vzgoja je lahko formalna ali neformalna. Formalna je tista, ki je naprej načrtovana s strani strokovnjakov z namenom, da ti vplivajo na vedenjski vzorec posameznika, družine ali skupnosti ter se izvaja organizirano v obliki šolskega dela ali izobraževanja za odrasle. Neformalna zdravstvena vzgoja je nenačrtovana, velikokrat naključen proces, kjer gre za posredovanje znanj in izkušenj znotraj družine oziroma lokalne skupnosti in lahko poteka prek javnih občil, različnih brošur, letakov, plakatov, kontaktnih radijskih in televizijskih občil, iz zdravstvene literature ter zdravstveno vzgojnih predavanj zdravstvenih delavcev.« (Lubi in Vražič, 2010, str. 20).

Poučevanje pacientov in medicinskih sester o srčnem popuščanju je izrednega pomena. Pomanjkanje znanja je glavni dejavnik za obisk v urgentni ambulanti ali sprejem v bolnišnico. Obstaja veliko stvari, ki jih moramo obdelati v kratkem času, zato je

Footejva (1997) svetovala uporabo brošure z navodili za paciente s srčnim popuščanjem. Ta naj bi vsebovala kratko definicijo srčnega popuščanja, simptome in znake bolezni, dietne nasvete, dnevnik teže, kontrolo srčnega utripa, seznam predpisane terapije, priporočila za spremembo življenjskega sloga, program primerne telesne vadbe in vse pomembne telefonske številke, kot na primer številko patronažne službe, zdravnika, lekarne, urgentne ambulante, serviserjev.

Medicinska sestra igra pomembno vlogo pri poučevanju in svetovanju pacientom in svojcem ter ob pojavu simptomov in znakov poslabšanja. Paciente uči o pravilnem prejemanju terapije, zdravi prehrani, telesni aktivnosti, prepoznavanju znakov in simptomov, o iskanju pomoči, ko se znaki in simptomi poslabšajo ter o ustreznem ukrepanju v primeru poslabšanja (Beattie in Goodlin, 2008).

Komunikacijski proces med pacientom in medicinsko sestro naj bo razumljiv, besede izgovarjamo pravilno. Govorjenje naj izraža pozitivno mišljenje in optimizem, ne izmikamo se odgovorom na kočljiva vprašanja, imeti moramo dovolj znanja in argumentov za odgovore. Molk je pri kočljivih vprašanjih neprimeren, bolje se je pacientu opravičiti in priznati nevednost, kot molčati (Putar, 2004). Haber (2007) dodaja, da je zdravstvena vzgoja občutno napredovala preko ideje, da le znanje pacienta in zdravstvenega osebja vodi do sprememb. Prvič, zaradi prevelike količine informacij pacienti težko presodijo, kaj je za njih pomembno. Drugič, starejši se najbolje učijo v majhnih skupinah, kjer še lahko sledijo snovi in čutijo podporo. Tretjič, izobraževanje samo po sebi je navadno dovolj za spremembo vedenja. Veliko bolj učinkovito od posredovanja znanja je spreminjanje vedenja in nudenje psihološke podpore.

Kadivec in Košnik (2006) v članku navajata, da pacientovo znanje o bolezni stalno preverjamo in ocenjujemo v vseh okoljih: poučujemo jih v bolnišnicah, nadaljujemo v primarnem zdravstvenem varstvu in na pacientovem domu. Za to je potrebno timsko sodelovanje. Izobraževati je treba tudi vse zdravstvene delavce, da bodo imeli enoten pristop k zdravstveni vzgoji.

Glavni cilji zdravstvene vzgoje so sprememba načina življenja, izboljšanje zdravstvenega stanja, pomoč posameznikom, družinam in skupnostim, da s svojim ravnanjem in na lastno pobudo dosežejo optimalno zdravstveno stanje ter pospeševanje prostovoljne dejavnosti za spodbujanje zdravja (Edelman in Mandle, 2006). Cilj, ki lahko prispeva k uspešnim spremembam v vedenju ljudi, je občutek nadzora. Ljudje, ki

verjamejo, da lahko spremenijo zdravje, in so vključeni v odločanje, bodo verjetno tudi nekaj spremenili (Anderson, Ward in Hatton, 2004; povz. po Edelman in Mandle, 2006).

Za kakovostno in učinkovito zdravstveno vzgojno delo so potrebni pedagoško in strokovno usposobljeni izvajalci, primerno opremljen prostor in pacientom prilagojena didaktična sredstva, medsebojno zaupanje, tako v samem zdravstvenem timu kot med zdravstvenimi delavci in pacientom ter motiviran pacient in svojci. Prav motivacija je tisti dejavnik, ki je pri zdravstveno-vzgojnem delu zelo pomemben, zato je potrebno ugotoviti, s čim bomo pacienta motivirali. Uspešnost našega dela lahko ocenimo s številom ponovnih hospitalizacij pacientov, ki so že bili vključeni v program, z vzroki, ki so pripeljali do ponovnega sprejema, z doseženimi cilji, kakovostjo življenja v domačem okolju (Mravljak, 2004).

### 2.2.1 Učne vsebine

Kvas (b. l.) navaja, da so vsebine, ki naj bi jih pacienti osvojili in znali, predvsem poznavanje bolezni (preprosta obrazložitev definicije srčnega popuščanja), vzroki za nastanek in poslabšanje bolezni, simptomi in znaki, mehanizem nastanka okvare srca in sprožilni dejavniki za nastanek ali poslabšanje kroničnega srčnega popuščanja. Dejavniki, ki privedejo do takega stanja, so čezmerno uživanje soli in vode, neustrezno jemanje zdravil, miokardna ishemija in infarkt, arterijska hipertenzija, ledvično odpovedovanje, okužbe, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), aritmije, pljučna embolija, tirotoksikoza in anemije. Največji poudarek naj medicinska sestra nameni poučevanju in učenju o zdravi in uravnoteženi prehrani, omejitvi vnosa soli in tekočin, uravnavanju telesne teže, debelosti, kaheksiji, pomenu počitka, primerni telesni dejavnosti, preživljanju prostega časa (potovanjem), nevarnih učinkih kajenja, rednem jemanju predpisanih zdravil, omejevanju uživanja alkohola, spolni dejavnosti ter o cepljenju proti gripi in pnevmokokom. Torej medicinska sestra, ki uporablja načela zdravstvene vzgoje (Edelman in Mandle, 2006) lahko pomaga ljudem pri doseganju zdravstvenih ciljev na način, ki je v skladu z njihovim življenjskim slogom, vrednotami in prepričanji.

V naši raziskovalni nalogi smo se v uvodnih minutah pogovora s pacientom posvetili teoretični predstavitvi bolezni, večji del je bil namenjen izboljšanju samooskrbe pacientov s srčnim popuščanjem po odpustu. Za lažje razumevanje smo uporabili



didaktična sredstva, kot na primer: slike, plakate, aparat za merjenje krvnega tlaka, sol, vodo, tehtnico, meter za merjenje obsega trebuha in nadlahti, vizualno analogno lestvico za oceno dispneje, živila, ki imajo v sestavi označeno samo količino natrija, izdelali smo tudi pregledne razpredelnice za vpisovanje pomembnih parametrov.

### 2.2.2 Metode poučevanja

Hoyer (2005) metode dela v zdravstveni vzgoji opredeli kot najuspešnejše poti, po katerih dosegamo zastavljene cilje glede pridobivanja znanja, spretnosti, navad, vzorcev obnašanja, stališč in vrednot, odgovornosti in motivacije za zdravje. Omogočajo nam sistematičen in organiziran pristop k poučevanju, uporabniku pa, da potrebno znanje lažje sprejme, ga ovrednoti in uporablja v življenju. V grobem jih razdelimo na učne (za doseganje ciljev glede znanja in spretnosti) in vzgojne metode (za doseganje sprememb vzorcev obnašanja in omogočanje višje kakovost življenja ali preprečitev grozeče nevarnosti). Med učne metode spadajo:

1. verbalno besedilne metode – metoda ustnega razlaganja, ko govori samo eden in je prirejena za poslušanje. Prednost metode je v gospodarnosti, učna snov je obravnavana sistematično in pregledno, pomanjkljivosti pa v verbalizmu, pasivnosti udeležencev, slabem poslušanju. Sem spadajo predvsem metode ustnega razlaganja (predavanje, pripovedovanje), metoda pogovora (vodeni pogovor, razprava, razgovor, pogovor), metoda dela z besedilom (stena z listki).
2. ilustrativno demonstracijska metoda – metoda nam v zdravstveni vzgoji omogoča demonstriranje predmetov, procesov, dejavnosti, kjer dosežemo miselno prizadevanje udeležencev. Udeleženci opazujejo (ne samo gledajo) in ob tem zaznajo, kaj je bistvo. Za popestritev pouka izberemo metodo slikovnega oblikovanja teme, kjer udeleženci rišejo slike o obravnavani snovi, jih obesijo na steno in skupinsko opazujejo.
3. metoda laboratorijskih ali praktičnih del – metoda omogoča ovajanje postopkov (npr. priprava zdravih obrokov hrane) v zvezi s krepitvijo in ohranjanjem zdravja.
4. metoda izkustvenega učenja – uporabimo izkušnje posameznikov, ki se vključijo v izobraževanje in s tem ustvarjajo novo znane. Metoda je uporabna na vseh ravneh zdravstvene vzgoje.

Med vzgojne metode dela spadajo metoda prepričevanja, metoda vedenja in navajanja, metoda spodbujanja, metoda preprečevanja, igranje vlog in študije primerov (Hoyer, 2005).

### 2.2.3 Oblike poučevanja

Učne oblike so socialne oblike v katerih poteka učni proces (Tomić, 2000; povz. po Hoyer, 2005). Delimo jih glede na število udeležencev (individualne, v dvojicah, skupinske, frontalne), in glede na tip medsebojnih komunikacij in organizacijo delovanja (tečaj, seminar, konzultacija, mentorstvo, ekskurzija, učna delavnica) (Hoyer, 2005). Največkrat je uporabljena skupinska oblika dela, saj se med pacienti lahko razvijejo sproščeni medsebojni odnosi, ki navzkrižno povežejo vse udeležence (Trampuš, 2005).

Pouk poteka v frontalni učni obliki (neposredno poučevanje), skupinski učni obliki, v dvojicah in v individualni obliki. Bistvena značilnost frontalnega (neposrednega) poučevanja, ki se je v pedagoški praksi utrjeval tisočletja, je obdelava, vadenje, ponavljanje in preverjanje učne snovi z vso skupino. Med posredno poučevanje, kjer so udeleženci v neposrednem razmerju do učne vsebine, učitelj pa je do učencev in učne vsebine v posrednem razmerju, uvrščamo skupinsko delo, parno in samostojno učenje. V nadaljnjem delu lahko uporabimo tehniko akvarija ali panel diskusije. Udeležence razdelimo v dve skupini. Prva (notranja) podskupina lahko razpravlja o določenem problemu, druga (zunanja) pa bo opazovala, kako poteka komunikacija. Tehniko, v kateri je šest udeležencev, od katerih mora vsak navesti tri ideje v petih minutah, imenujemo metoda 635. Udeleženci sedijo v krogu in morajo svoje tri ideje napisati na listek. Po preteku petih minut podajo listek s svojimi idejami sosedu in od soseda z nasprotne strani dobijo listek s tremi idejami. Tako lahko v pičlih 30 minutah dobimo 108 idej, ne da bi spregovoril en sam udeleženec (Tomič, 2003).

## 2.3 MODEL SAMOOSKRBE PO DOROTHEA ELIZABETH OREM

Model samooskrbe po Dorothei Orem temelji na predpostavki, da se stanje dobrega počutja vzdržuje skozi aktivnosti samooskrbe. V povezavi z zdravjem so ljudje odgovorni za lastno samooskrbo. Model vključuje dve fazi samooskrbe. Prva faza je prepoznavanje problema in odločanje za ukvarjanje s problemom. Druga faza vključuje dejanja za izvrševanje aktivnosti samooskrbe, ki služijo ohranjanju pacientovega

dobrega počutja. Več dejavnikov vpliva na sposobnosti udejstvovanja v aktivnostih samooskrbe. Ti vključujejo pacientovo zdravstveno stanje, nivo znanja, razpoložljiva sredstva, vrednote in cilje ter običajni vzorec odzivanja tako na zunanje kot notranje dražljaje (Orem, 1985).

Za Dorotheo Orem (Marriner-Tomey, Alligot, 1998; povz. po Šmitek, 2001) je posameznik povezana celota ter je sposoben, zmožen in odgovoren za izvajanje samooskrbe in si prizadeva doseči neodvisnost. Trobec (2004) opozarja, da je model uporaben predvsem zato, ker nas opominja, naj pacient sam zase naredi čimveč; toliko, kolikor mu dopuščajo moči. Medicinska sestra naj ga pri tem spodbuja in mu pomaga le na področjih, kjer resnično potrebuje pomoč. Na ta način mu dviguje samozavest in daje občutek koristnosti.

Model je primeren za rehabilitacijsko zdravstveno nego in je utemeljen na predpostavki, da je vsak človek odgovoren za svoje zdravje. Oremova definira šest splošnih potreb, ki morajo biti zadovoljene, če naj človek živi v ravnovesju (zrak in hrana, izločanje, delo in počitek, čas, ki ga preživi z drugimi in sam, varovanje pred nevarnostmi, aktivnosti vsakdanjega življenja). Če se ravnovesje poruši zaradi povečanih potreb (bolezen, poškodba), mora človek uporabiti rezervne sposobnosti, da se ravnovesje ponovno vzpostavi. Če človek ne more skrbeti zase, se lahko obrne na medicinsko sestro, ki pomaga, da se ponovno vzpostavi ravnovesje, ga podpira in uči za razvijanje samooskrbe. Pomembno je, da ugotovimo potrebe, načrtujemo zdravstveno nego, jo izvajamo in ovrednotimo (Bohinc in Cibic, 1995; povz. po Dornik, 2001).

Da bi pacientom s srčnim popuščanjem zagotovili optimalno zdravstveno oskrbo in izboljšali kakovost življenja po odpustu, smo udeležencem v raziskavi aplicirali model Dorotee Orem. Izvajanje samooskrbe smo želeli izboljšati: ob težki sapi, na področju zdrave prehrane, z vnosom tekočine, pri zmerni telesni aktivnosti in vmesnimi počitki, pri izločanju in s skrbjo za varnost, pri nadzorovanju telesne teže, merjenju krvnega tlaka, prepoznavanju simptomov in znakov poslabšanja ter izobraževanju.

### **3 RAZISKOVALNI DEL**

#### **3.1 PROBLEM IN CILJ RAZISKOVANJA**

Cilj raziskave je pridobiti podatke o znanju in zmožnostih izvajanja samooskrbe pri pacientih z diagnozo srčno popuščanje. Zanima nas učinek poučevanja pri pacientih, tako na področju pridobitve teoretičnega znanja kot pri spremembi percepcije samooskrbe z odkrivanjem, na katerem področju samooskrbe imajo pacienti največ težav. V ta namen smo izvajali izobraževalno dejavnost in pacientom razdelili vprašalnika o samooskrbi in preverjanju znanja pred in po zaključku devetdeset minutnega poučevanja. Za lažjo interpretacijo rezultatov smo spraševali še po socio-demografskih podatkih.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

V praksi smo opazili pomanjkljivosti v znanju o bolezni, nezadostno samooskrbo in posledično pogoste hospitalizacije ter slabo kakovost življenja pri teh pacientih, ki niso bili deležni nikakršnega izobraževalnega programa o srčnem popuščanju.

Na podlagi pregledane tuje in domače strokovne literature ter na podlagi zastavljenih ciljev smo zato razvili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen je učinek poučevanja pri pacientih s srčnim popuščanjem?
- Kako znanje o samooskrbi vpliva na kakovost življenja pri pacientih s srčnim popuščanjem?
- Na katerem področju samooskrbe imajo pacienti s srčnim popuščanjem največ težav?

#### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

##### **3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov**

Raziskavo smo izvedli s hospitaliziranimi in ambulantnimi pacienti, v aprilu 2011. Skupaj je sodelovalo 61 pacientov. Hospitalizirani preiskovanci so bili anketirani in poučevani na bolniških oddelkih, medtem ko smo ambulantne paciente povabili v šolo srčnega popuščanja preko telefonskega poziva in jih poučevali v za to namenjenem

prostoru. Udeleženci so se vsaj enkrat že zdravili oziroma bili ambulantno obravnavani v kliniki Golnik.

Izvedba programa je potekala v obliki manjših skupin. Za večjo nazornost programa smo izdelali power point prezentacijo. Pri izvajanju programa je bil poudarek na nefarmakološkem načinu zdravljenja in samooskrbi. Izpostavili smo pomen vsakodnevnega tehtanja, nadzorovanja vnosa tekočine in soli, zdrave prehrane, cepljenja, zmerne telesne aktivnosti in učinka dobrega sodelovanja pacienta pri zdravljenju. Predstavili smo tudi spletne strani, kjer pacienti dobijo vse informacije o bolezni. Ker je zmožnost samooskrbe temelj celotnega zdravljenja in preprečevanja poslabšanja bolezni, smo vsem preiskovancem predstavili merjenje krvnega tlaka, tehtanje, obseg trebuha, oceno dispneje po vizualni analogni lestvici, na vpogled so dobili tudi količino soli (2g). Zadnji del poučevanja smo posvetili vprašanju, mnenjem, idejam, predlogom ...

Uporabili smo deskriptivno metodo dela z uporabo dveh standardiziranih anketnih vprašalnikov (Evropska lestvica samooskrbe pri srčnem popuščanju in Nizozemska lestvica znanja o srčnem popuščanju). Vprašalnika sta bila uporabljena v slovenskem prostoru. Znanje pacientov s srčnim popuščanjem sta s pomočjo obeh vprašalnikov ocenjevala Šlehta in Lainščak (2008). Literaturo smo zbirali preko podatkovnih zbirk, kot so Cinahl, Cobiss, Pub Med, podatkovna baza American Heart Association, Združenje kardiologov Slovenije, s pomočjo ključnih besed (srčno popuščanje, samooskrba, menedžment, zdravstvena vzgoja, paliativna oskrba, heart failure, self care, management, health education, palliative care). Večina izbrane literature izvira iz obdobja od leta 1990 do leta 2011, le en vir sega v obdobje osemdesetih, a je bil zaradi svoje smiselnosti in relevantnosti vseeno vključen v pregled literature. Dobljeni rezultati so bili obdelani kvantitativno, s pomočjo standardnih statističnih metod.

Raziskava je potekala po predhodni odobritvi odgovorne osebe za izvajanje raziskave v Kliniki Golnik in pridobitvi dovoljenja Komisije za medicinsko etiko (KME).

### 3.3.2 Opis instrumentarija

Merska inštrumenta, uporabljena v raziskavi, sta bila standardizirana vprašalnika. Uporabili smo dve lestvici o preverjanju znanja in samooskrbe. Nizozemska lestvica znanja o srčnem popuščanju (van der Wal, Jaarsma, Moser, van Veldhuisen) vsebuje 15 vprašanj z več možnimi odgovori, pravilen je le eden. Služi nam za ugotavljanje

poznavanja bolezni in zmožnosti samooskrbe pri pacientih s srčnim popuščanjem, pomanjkljivosti znanja pacientov in preverjanje uspešnosti izvajanja zdravstvene vzgoje. Wal, Jaarsma, Moser in Veldhuisen (2005) so z raziskavo ugotovili, da je Nizozemska lestvica poznavanja srčnega popuščanja veljavna in zanesljiva in jo lahko uporabljamo pri raziskovanju vpliva, ki ga imata izobraževanje in svetovanje pacientom s srčnim popuščanjem. Nadaljnji preizkusi so pokazali, da je ta inštrument veljavna in zanesljiva lestvica, ki jo lahko uporabljamo pri klinični praksi za meritev poznavanja srčnega popuščanja. Evropska vedenjska lestvica (Jaarsma, Strömberg, Marthensson, 1999) pa vsebuje 12 trditev o samooskrbi pri srčnem popuščanju, osnovana je na mednarodnih smernicah za srčno popuščanje in preizkušena v več študijah. Uporabljena je petstopenjska Likertova lestvica 1– 5, ki izraža stopnje strinjanja/nestrinjanja z danim stališčem. Vprašalnika se tematsko med seboj prepletata. Vprašanja se nanašajo na prehranjevanje in pitje, telesno aktivnost, prejemanje terapije, cepljenje, prepoznavanje poslabšanj.

Oba vprašalnika so pacienti izpolnili pred poučevanjem in po njem. Pred pričetkom poučevanja smo spraševali po socio-demografskih podatkih (spol, starost, zakonski stan, izobrazba, zaposlitev), mnenju pacientov o lastnem znanju o srčnem popuščanju, trajanju njihove bolezni, kot zadnje nas je zanimalo, če so pacienti že kdaj obiskovali šolo srčnega popuščanja.

### 3.3.3 Opis vzorca

V raziskavo smo vključili 61 pacientov. Ti imajo glavno diagnozo iz skupine srčno popuščanje po Mednarodni klasifikaciji bolezni: I50 (srčna odpoved), I500 (zastojna srčna odpoved), I501 (levostranska srčna odpoved) ali I509 (srčna odpoved neopredeljena).

Skupaj je sodelovalo 33 moških (54,1%) in 28 žensk (45,9 %). Izobrazba preiskovancev je bila pretežno nižja. Osnovno šolo ali manj je imelo 25 pacientov (41,0%), le dva preiskovanca sta imela visoko izobrazbo, pri tem pa je potrebno upoštevati njihovo zelo visoko povprečno starost v letih (75,1; SO 9,1). Kljub visoki povprečni starosti je več kot polovica preiskovancev še vedno živela v zakonskem razmerju (33 pacientov; 54,1%), iz česar lahko sklepamo, da imajo kakovostnejše življenje in boljšo možnost samooskrbe. Večina preiskovancev (58; 95,1%) je upokojenih in le 4,9% (3 pacienti) zaposlenih. Povprečno trajanje bolezni je bilo navedeno v višini 7,1 let (SO 6,9) in

podatek, da eden izmed preiskovancev živi z boleznijo že 30 let, pove da se bolezen lahko dobro zdravi. Mnenje glede lastne ocene o poznavanju bolezni znaša 3,7 (SO 2,4), na deset-stopenjski lestvici, kar pomeni, da svoje znanje o srčnem popuščanju ocenjujejo kot nizko. Nihče od udeležencev še nikoli ni sodeloval v kakršnem koli izobraževalnem programu o srčnem popuščanju. Podroben opis vzorca je predstavljen v tabeli 2.

**Tabela 2: Opis vzorca**

	n=61	%
Spol		
moški	33	54,1
ženski	28	45,9
Izobrazba		
osnovna šola ali manj	25	41,0
poklicna šola	17	27,9
srednja šola	17	27,9
visoka šola	2	3,3
Zakonski stan		
poročen/a	33	54,1
samski/a	7	11,5
vdovec/a	20	32,8
izven zakonska skupnost	1	1,6
Status		
upokojenec/ka	58	95,1
zaposlen/na	3	4,9
	PV (SO)	razpon
Starost v letih	75,1 (9,1)	54-91
Trajanje bolezni v letih	7,1 (6,9)	0-30
Lastna ocena o poznavanju srčnega popuščanje	3,7 (2,4)	1-10

PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

### 3.3.4 Opis obdelave podatkov

Opis vzorca ter opisna statistika rezultatov je bila predstavljena na podlagi frekvenčne (n) in odstotne porazdelitve (%) za kategorične dejavnike oziroma povprečne vrednosti (PV) in standardnega odklona (SO) za numerične dejavnike. Analiza učinka pred pričetkom in po zaključku poučevanja o bolezni srčnega popuščanja je bila izračunana na podlagi t-testa za odvisna vzorca. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 15 (SPSS Inc., Chicago, IL). P-vrednost  $< 0,05$  je pomenila statistično pomembnost.

Zanesljivost zbranih podatkov (vzorca) je bila izračunana na podlagi koeficienta Cronbach alfa. Pri zbiranju podatkov sta bila uporabljena dva merska inštrumenta: »Evropska vedenjska lestvica samooskrbe pri srčnem popuščanju« in »Nizozemska letvica znanja o srčnem popuščanju«. Preiskovanci so na vsakega izmed vprašalnikov odgovarjali dvakrat, prvič pred pričetkom poučevanja in drugič po zaključku. Rezultati v tabeli kažejo, da je koeficient Cronbach alfa pri vseh meritvah presegel prag 0,70, ki v literaturi predstavlja dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (Patton, 2002).

**Tabela 3: Test zanesljivosti zbranih podatkov**

Merski instrument	število trditev/vprašanj	koeficient Cronbach alfa
Zbiranje podatkov pred pričetkom poučevanja		
Evropska vedenjska lestvica samooskrbe pri srčnem popuščanju	12	0,82
Nizozemska letvica znanja o srčnem popuščanju	15	0,73
Zbiranje podatkov po končanem poučevanju		
Evropska vedenjska lestvica samooskrbe pri srčnem popuščanju	12	0,87
Nizozemska letvica znanja o srčnem popuščanju	15	0,74



### 3.4 REZULTATI

Analiza zbranih podatkov nam pokaže, da je v skupnem vzorcu 61 anketirancev sodelovalo 33 moških in 28 žensk, z razmeroma nizko stopnjo izobrazbe in visoko povprečno starostjo. Dva preiskovanca na ponavljalnem testu nista sodelovala, zato je vzorec pri tej analizi znašal 59 preiskovancev. Vsi preiskovanci, ki so sodelovali v raziskavi, so imeli enake pogoje izpolnjevanja anket in vključevanja v izobraževanje.

Glede na zastavljena raziskovalna vprašanja bomo v nadaljevanju podrobneje predstavili rezultate raziskave.

#### 1. Kakšen je učinek poučevanja pri pacientih s srčnim popuščanjem?

Da smo ugotovili, kakšen je učinek poučevanja pri pacientih s srčnim popuščanjem (tabela 4), so preiskovanci pred pričetkom poučevanja reševali test, imenovan »Nizozemska lestvica znanja o srčnem popuščanju«, ki je zajemal 15 vprašanj. Pravilni odgovor na vsako vprašanje je znašal 1 točko, torej je bilo možno zbrati maksimalno 15 točk. Preiskovanci so v povprečju zbrali 9,4 (SO 2,5) točke, razpon točk pa je znašal od štiri do 15 točk. Po opravljenem poučevanju so test reševali ponovno in tokrat je znašalo povprečno število točk 13,5 (SO 1,6), razpon točk pa je znašal od devet do 15 točk. Maksimalno število točk je zbralo 22 preiskovancev. Statistična primerjava uspešnosti med uvodnim in ponavljalnim testom, na podlagi t-testa za odvisna vzorca, je pokazala statistično pomembno razliko v povprečnem številu doseženih točk ( $t=-11,1$ ;  $df=58$ ;  $p<0,001$ ). Rezultati so pokazali, da je učinek poučevanja pri pacientih s srčnim popuščanjem pozitiven. V tabeli je prikazana uspešnost opravljanja testa »Nizozemska lestvica znanja o srčnem popuščanju« pred in po poučevanju. Preiskovanci so pred poučevanjem najslabše (21 od skupaj 61 preiskovancev) odgovorili na vprašanje: »Koliko tekočine lahko doma zaužijete vsak dan?« Težave je anketirancem povzročalo tudi prvo vprašanje »Kako pogosto naj se pacienti s hudim srčnim popuščanjem sami tehtajo?« Od skupaj 61 vprašanih smo dobili le 22 (37,3%) pravih odgovorov. Pozitiven učinek poučevanja je pokazal, da je 49 pacientov (83,1%) od 59 pravilno odgovorilo na vprašanja o tehtanju in omejitvi vnosa tekočine, tudi glede žeje so pacienti pridobili znanje. 56 preiskovancev (94,9%) od 59 je pravilno odgovorilo, da je v primeru žeje najprimernejši ukrep lizanje ledene kocke. Najboljše so odgovorili na

dve vprašanji: »Katera od trditev v povezavi z zdravili je pravilna?« 58 pacientov (98,3 %) od skupaj 61 je trdilo, da je to odgovor: »Pomembno je, da moja zdravila za srčno popuščanje redno jemljem«. Pozitiven odgovor glede prejetja terapije je utemeljen tudi z vprašalnikom o samooskrbi 1,1 (SO 0,2). Po zaključku poučevanja so bili pacienti 100% (n=59) pri odgovarjanju na vprašanja: »Katera od trditev v povezavi z zdravili je pravilna? Kaj pomeni srčno popuščanje? Zakaj ima nekdo s srčnim popuščanjem predpisane tablete za odvajanje vode?«

Edino vprašanje, kjer statistično pomembna izboljšava ni bila dosežena, je bilo v povezavi z ravnanjem z zdravili, kjer so že pred poučevanjem vsi, razen enega preiskovanca, odgovorili pravilno ( $t=-1,0$ ;  $df=58$ ;  $p=0,321$ ). Pred poučevanjem je 98,3% pacientov vedelo, da je pomembno, da zdravila za srčno popuščanje redno jemljejo, po poučevanju pa so to vedeli vsi.

**Tabela 4: Statistika pravih odgovorov pred in po poučevanju na test  
»Nizozemska letvica znanja o srčnem popuščanju« (n=59)**

	Vprašanje	pred		po		t	df	p
		pravih	%	pravih	%			
1	Kako pogosto se naj bolniki s hudim srčnim popuščanjem sami tehtajo?	22	37,3	49	83,1	-6,2	58	<0,001
2	Zakaj je pomembno, da se bolniki s srčnim popuščanjem redno sami tehtajo?	45	76,3	56	94,9	-3,0	58	0,004
3	Koliko tekočine lahko doma zaužijete vsak dan?	21	35,6	49	83,1	-7,2	58	<0,001
4	Katera od trditev v povezavi z zdravlili je pravilna?	58	98,3	59	100,0	-1,0	58	0,321
5	Kaj je najbolje storiti v primeru pomanjkanja sape ali oteklih nog?	41	69,5	56	94,9	-4,4	58	<0,001
6	Kaj lahko povzroči hitro poslabšanje simptomov srčnega popuščanja?	30	50,8	50	84,7	-5,1	58	<0,001
7	Kaj pomeni srčno popuščanje?	49	83,1	59	100,0	-3,4	58	0,001
8	Zakaj lahko otekajo noge, če imate srčno popuščanje?	38	64,4	50	84,7	-3,2	58	0,002
9	Kakšna je funkcija srca?	40	67,8	54	91,5	-3,6	58	0,001
10	Zakaj bi se moral nekdo s srčnim popuščanjem držati diete z malo soli?	41	69,5	53	89,8	-3,5	58	0,001
11	Kateri so glavni vzroki srčnega popuščanja?	32	54,2	52	88,1	-5,1	58	<0,001
12	Katera trditev o telesni vadbi ljudi s srčnim popuščanjem je pravilna?	30	50,8	47	79,7	-4,0	58	<0,001
13	Zakaj ima nekdo s srčnim popuščanjem predpisane tablete za odvajanje vode?	49	83,1	59	100,0	-3,4	58	0,001
14	Katera trditev o povišanju telesne teže in srčnem popuščanju je pravilna?	28	47,5	49	83,1	-5,3	58	<0,001
15	Kaj je najbolje storiti, ko ste žejni?	28	47,5	56	94,9	-6,8	58	<0,001

2. Na katerem področju samooskrbe imajo pacienti s srčnim popuščanjem največ težav?

Za ugotavljanje, na katerem področju samooskrbe imajo pacienti s srčnim popuščanjem največ težav, smo uporabili Evropsko vedenjsko lestvico samooskrbe pri srčnem popuščanju. Lestvica zajema 12 trditev in razpon ocene od 1 (popolnoma se strinjam) do 5 (sploh se ne strinjam). Analizirali smo rezultate pred poučevanjem pacientov s srčnim popuščanjem.

Iz tabele 5 je razvidno, da so se preiskovanci najmanj strinjali s trditvami, da v primeru, če pridobijo v enem tednu 2–3 kg telesne teže, vzpostavijo stik s svojim zdravnikom ali medicinsko sestro (PV 4,1; SO 1,5) in da se vsako leto cepijo proti gripi (PV 4,1; SO 1,5). Največje strinjanje je bilo izraženo glede predpisanega jemanja zdravil (PV 1,1; SO 0,2) in uživanja prehrane z manj soli (PV 2,1; SO 1,2).

Precejšnje nestrinjanje preiskovancev je bilo pri trditvah, povezanih s potrebo vzpostavljanja stika s svojim zdravnikom ali medicinsko sestro. Povprečna vrednost je pri vseh štirih trditvah, povezanih s to temo, znašala nad 3,5, kar pomeni, da se s trditvijo v glavnem niso strinjali. Anketiranci so ob tem povedali, da je razlog v nerazumevanju zdravstvenega tima do pacientov s poslabšanjem zdravstvenega stanja, neukrepanje zdravstvenega osebja glede obiska na domu, zato pacienti najraje počakajo da poslabšanje zdravstvenega stanja samo po sebi izzveni. To so predvsem stopnjevanje dispneje, otekanje nog ali naglo povečanje telesne teže.

Anketiranci so premalo dosledni tudi pri telesni aktivnosti (PV 3,3; SO 1,4) in posledično nas ne preseneča slaba osveščenost glede vsakodnevnega tehtanja (PV 3,6; SO 1,6).

**Tabela 5: Trditve po Evropski vedenjski lestvici samooskrbe pri srčnem popuščanju (pred poučevanjem)**

Trditev	min	maks	PV	SO	modus
Tehtam se vsak dan.	1	5	3,6	1,6	5
Če dobim težko sapo, nadaljujem bolj počasi.	1	5	2,4	1,4	1
Če se moja težka sapa stopnjuje, vzpostavim stik z mojim zdravnikom ali medicinsko sestro.	1	5	3,5	1,7	5
Če postanejo moji gležnji ali noge bolj otečene kot ponavadi, pokličem mojega zdravnika ali medicinsko sestro.	1	5	3,5	1,6	5
Če pridobim v enem tednu 2– 3 kg, pokličem mojega zdravnika ali medicinsko sestro	1	5	4,1	1,5	5
Omejujem količino tekočine, ki jo spijem (ne več kot 1,5– 2 l na dan).	1	5	2,4	1,4	1
Podnevi večkrat počivam.	1	5	2,1	1,2	1
Če se utrujenost stopnjuje, pokličem mojega zdravnika ali medicinsko sestro.	1	5	3,6	1,7	5
Jem hrano z malo soli.	1	5	2,1	1,2	1
Zdravila jemljem, kot imam predpisano.	1	2	1,1	0,2	1
Vsako leto se cepim proti gripi.	1	5	4,1	1,5	5
Redno telovadim.	1	5	3,3	1,4	3

PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

### 3. Kako znanje o samooskrbi vpliva na kakovost življenja pri pacientih s srčnim popuščanjem?

Preiskovance smo na podlagi Evropske vedenjske lestvice samooskrbe pri srčnem popuščanju povprašali o njihovi samooskrbi pred pričetkom poučevanja. Po zaključenem poučevanju smo z isto mersko lestvico ponovno preverili njihovo

percepcijo o samooskrbi. Vseh dvanajst trditev se je nanašalo na temo srčno popuščanje, ki so bila razdeljena v več sklopov (vsakodnevno tehtanje, prepoznavanje znakov in simptomov poslabšanja, omejitev tekočine in soli, telesna aktivnost, cepljenje, prejemanje terapije). Rezultati so pokazali, da so se preiskovanci odločili izboljšati lastno samooskrbo v 10 dejavnikih (tabela 6). Pri teh 10 dejavnikih se je povprečna ocena znižala glede na prvo meritev in prešla v nivoje, kjer so se preiskovanci bolj strinjali, da bodo to aktivnost sedaj izvajali (to stanje je bilo pred poučevanjem ravno nasprotno). Te trditve so: »Tehtam se vsak dan, Če dobim težko sapa, nadaljujem bolj počasi, Če se moja težka sapa stopnjuje, pokličem mojega zdravnika ali medicinsko sestro, Če postanejo moji gležnji ali noge bolj otečene kot ponavadi, vzpostavim stik z mojim zdravnikom ali medicinsko sestro, Če pridobim v enem tednu 2–3 kg, pokličem mojega zdravnika ali medicinsko sestro, Omejujem količino tekočine, ki jo spijem (ne več kot 1,5–2 l na dan), Podnevi večkrat počivam, Če se utrujenost stopnjuje, pokličem mojega zdravnika ali medicinsko sestro, Jem hrano z malo soli, Redno telovadim«. Pri dejavniku: »Zdravila jemljem, kot imam predpisano«, je bila samooskrba že zelo dobra (PV 1,1; SO 0,2) in statistično pomembne izboljšave ni bilo. Pri dejavniku »Vsako leto se cepim proti gripi« pa ljudje tudi po poučevanju ostajajo nezaupljivi do cepljenja. Največji razpon izboljšanja samooskrbe so pacienti dosegli pri trditvah: »Tehtam se vsak dan in Če pridobim v enem tednu 2–3 kg, pokličem mojega zdravnika ali medicinsko sestro«. Zanimljiv je bil učinek pri doslednem jemanju zdravil in cepljenju proti gripi. Pri trditvi: »Zdravila jemljem, kot imam predpisano,« je bila povprečna vrednost po Likertovi lestvici pred poučevanjem 1,1 (SO 0,2) in po poučevanju (PV 1,0; SO 0,1), v prid strinjanja. Velikega nestrinjanja je bila deležna trditev: »Vsako leto se cepim proti gripi.« Povprečna vrednost pred poučevanjem je znašala 4,1 (SO 1,5) in po poučevanju 4,0 (SO 1,6).

**Tabela 6: Dosežena izboljšava pri samooskrbi na podlagi evropske vedenjske lestvice samooskrbe pri srčnem popuščanju po poučevanju**

	pred		po		t	df	p
	PV	SO	PV	SO			
Trditev							
Tehtam se vsak dan.	3,6	1,6	2,1	1,2	7,4	57	<0,001
Če dobim težko sapo, nadaljujem bolj počasi.	2,4	1,4	1,7	1,0	4,7	57	<0,001
Če se moja težka sapa stopnjuje, pokličem mojega zdravnika ali medicinsko sestro.	3,5	1,7	2,4	1,3	6,6	56	<0,001
Če postanejo moji gležnji ali noge bolj otečene kot ponavadi, potem vzpostavim stik z mojim zdravnikom ali medicinsko sestro.	3,5	1,6	2,4	1,4	7,0	57	<0,001
Če pridobim v enem tednu 2–3 kg, pokličem mojega zdravnika ali medicinsko sestro.	4,1	1,5	2,7	1,5	6,7	57	<0,001
Omejujem količino tekočine, ki jo spijem (ne več kot 1,5– 2 l na dan).	2,4	1,4	1,6	1,1	4,4	57	<0,001
Podnevi večkrat počivam.	2,1	1,2	1,7	1,1	2,4	58	0,019
Če se utrujenost stopnjuje, se povežem z mojim zdravnikom ali medicinsko sestro.	3,6	1,7	2,5	1,5	5,8	55	<0,001
Jem hrano z malo soli.	2,1	1,2	1,7	1,0	3,6	58	0,001
Zdravila jemljem, kot imam predpisano.	1,1	0,2	1,0	0,1	1,4	58	0,182
Vsako leto se cepim proti gripi.	4,1	1,5	4,0	1,6	1,4	58	0,172
Redno telovadim.	3,3	1,4	2,6	1,4	5,2	59	<0,001

PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

### 3.5 RAZPRAVA

Bolezni srca in ožilja po obolevnosti in umrljivosti sodijo v sam svetovni vrh. Posledice teh bolezni nemalokrat vodijo v srčno popuščanje. Srčno popuščanje kot kronično stanje predstavlja po obolevnosti, invalidnosti in umrljivosti, pa tudi zaradi visoke cene diagnostičnih in terapevtskih postopkov, enega poglavitnih zdravstvenih problemov pri nas.

Raziskava, ki smo jo izvedli v kliniki Golnik, v aprilu 2011 je pokazala, da ima poučevanje pacientov s srčnim popuščanjem pozitiven učinek, kar posledično vpliva na boljšo kakovost življenja, dobro vzpostavitev sledljivosti pri zdravljenju, hitro prepoznavanje znakov poslabšanja bolezni, redno prejemanje terapije in dosledno upoštevanje vnosa tekočine in soli.

Razveselilo nas je dejstvo, da so se pacienti v večini odločili izboljšati samooskrbo in s tem dvigniti kakovost življenja. Kljub nizki izobrazbi anketirancev in visoki povprečni starosti, smo s poučevanjem dosegli boljše rezultate tako z lestvico znanja kot z lestvico samooskrbe. Šlehta in Lainščak (2008) sta v raziskavi ugotovila, da ni značilne povezave med rezultatom vprašalnika in starostjo pacienta. Povprečno doseženo število točk pri pacientih s povprečno starostjo 78 let je bilo več kot 7, pri pacientih s povprečno starostjo 75 let pa manj kot 7. Tudi (Kutzlev in Reiner, 2006; povz. po While in Kiek, 2009) sta z raziskavo ugotovila, da ima poučevanje pacientov s srčnim popuščanjem pozitiven učinek na izboljšanje kakovosti življenja, vključujoč sodelovanje pacientov, nadzorovanje simptomov in samovodenje bolezni.

Trupp in Wingate (2008) sta v raziskavi prišla do zaključka, da so pacienti slabo poučeni o svoji bolezni. Manj kot polovica jih je vedela, kaj je srčno popuščanje, samo dobrih 32% jih je povezovalo srčno popuščanje s srčnim infarktom, 74% jih je verjelo, da je bolečina v prsnem košu simptom srčnega popuščanja, samo 4% pacientov je znalo pojasniti pomen glavnih simptomov bolezni: utrujenost, težka sapa, otekanje, kašelj in izguba ali pridobitev teže, 32% jih ni bilo seznanjenih, da ljudje s srčnim popuščanjem lahko živijo popolnoma normalno življenje.

Majhna anketa, ki je vključevala 41 pacientov s srčnim popuščanjem (Bushnell, 1992) je pokazala slabo poučenost pacientov s to boleznijo. Skoraj nihče ni vedel, kaj je srčno popuščanje, manj kot polovica jih je vedela, katera zdravila jemlje in več kot tri četrtine se jih ni tehtalo vsak dan.



Z raziskavo smo ugotovili, da so pacienti najbolj šibki pri vzpostavljanju stika z zdravstvenim osebjem ob povišanju telesne teže ter cepljenju proti gripi in pljučnici. Raziskava je pokazala, da dobra polovica ve, da prehlad in gripa povzročata poslabšanje simptomov, niso pa dovolj osveščeni glede cepljenja proti gripi. Po poučevanju se je znanje izboljšalo na slabih 85%, niso pa pacienti spremenili percepcije glede cepljenja proti gripi (pred poučevanjem PV 4,1; po poučevanju PV 4,0).

Pacienti se pred poučevanjem niso zavedali pravega pomena vsakodnevnega tehtanja, saj jih je le 37,3% (22 pacientov) vedelo, da se morajo tehtati vsak dan. Zadovoljivo je dejstvo, da se je odstotek po poučevanju dvignil na 83,1% (49 pacientov). Presenetil nas je odgovor, da je že pred poučevanjem dobrih 76% (45 pacientov) pacientov vedelo, zakaj se morajo tehtati, po poučevanju pa je ta odstotek narastel na skoraj 95% (56 pacientov). Tudi v zvezi s samooskrbo so po poučevanju pacienti spremenili stališče do tehtanja. Na lestvici od 1– 5 (1-popolnima se strinjam/5-sploš se ne strinjam) je bila pred poučevanjem povprečna vrednost (PV) 3,6, po poučevanju se je izboljšala za 1,5. Šlehta in Lainščak (2008) sta z raziskavo ugotovila, da 81% pacientov ve, da je vsakodnevno tehtanje zanje pomembno, saj lahko na ta način preverijo, da se v telesu zadržuje tekočina. 40% pacientov ve, da prehlad in gripa povzročita hitro poslabšanje simptomov srčnega popuščanja, vsako leto pa se cepi proti gripi manj kot polovica pacientov s srčnim popuščanjem.

Preseneča nas ugotovitev, da pacienti v primeru poslabšanja bolezni (nabiranja tekočine v telesu, težka sapa, povečanje telesne teže) ne želijo poklicati svojega zdravnika ali medicinske sestre in rajši počakajo, da težave izzvenijo. Upamo trditi, da je to eden izmed glavnih vzrokov prepogostih hospitalizacij pri pacientih z življenjsko ogrožajočim poslabšanjem. Šlehta in Lainščak (2008) sta v raziskavi ugotovila, da bi malo več kot polovica pacientov (59%) vzpostavila stik z zdravnikom ali medicinsko sestro v primeru povišanja telesne teže. Dobrih 69% anketirancev se je pred poučevanjem zavedalo, da morajo v primeru pomanjkanja sape ali oteklih nog poklicati zdravnika ali medicinsko sestro, po poučevanju pa se je ta odstotek povzpел na 94,9%. Žal pa v praksi ni tako. Pred poučevanjem pacienti v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja (težka sapa, otečeni gležnji ali noge, pridobitev teže v enem tednu za 2–3 kg, utrujenost) najrajši ne bi poklicali zdravniške pomoči (PV 4), po poučevanju pa so

percepcijo nekoliko izboljšali (PV 2,5). Trupp in Wingate (2008) ugotavljata, da kar 98% pacientov ne bi poklicalo zdravniške pomoči v primeru poslabšanja stanja.

Nenavadna se nam zdi ugotovitev o pravilnem vnosu tekočine. Z vprašalnikom, ki ocenjuje znanje, kar 40 od skupaj 61 pacientov (64,4%) ni vedelo, koliko tekočine lahko zaužijejo dnevno, medtem ko je lestvica o samooskrbi pokazala bistveno boljše rezultate. Povprečna vrednost po Likertovi lestvici je znašala 2,4 (SO 1,4). Po poučevanju se je stanje še nekoliko izboljšalo (PV 1,6/SO 1,1). Še vedno je to slab rezultat, saj je zadrževanje tekočine eden izmed glavnih vzrokov poslabšanj zdravstvenega stanja in ponovnih hospitalizacij. Šlehta in Lainščak (2008) sta z raziskavo ugotovila, da bi le tretjina pacientov v primeru žeje lizala ledeno kocko in skoraj tretjina pacientov meni, da je v primeru žeje treba veliko piti. Manj kot polovica pacientov (47%) pozna točno količino tekočine, ki jo lahko zaužijejo na dan in polovica jih ve, da je morajo zaužiti čim manj.

Nefarmakološke ukrepe zdravljenja so pacienti dosledno izvajali pri omejevanju soli, saj je bila že pred poučevanjem PV 2,1, po poučevanju pa je znašala PV 1,7. Ugotovitev se nam zdi zadovoljiva, če pomislimo na dejstvo, da je v povprečju dnevno zaužijemo 20g. Tudi Lainščak in Šlehta (2008) sta ugotovila, da manj slano hrano je več kot polovica pacientov, saj jih kar 65% ve, da sol pospešuje zadrževanje tekočine. Nasprotno sta Trupp in Wingate (2008) z raziskavo ugotovila, da se skoraj 40% pacientov ne zaveda, da sol poslabša simptome srčnega popuščanja.

Zadovoljuje nas ugotovitev, da so pacienti izredno dosledni pri prejetju terapije. Že pred poučevanjem se jih je 98,3% (58 pacientov) zavedalo, da je zdravila treba redno jemati, in pri samooskrbi je bila visoka povprečna vrednost strinjanja (1,1). Po poučevanju je vseh 59 pacientov vedelo, da je zdravila treba redno prejemati, PV pri samooskrbi je znašala (1,0). Šlehta in Lainščak (2008) sta ugotovila, da 95% pacientov ve, da je pomembno redno prejetje predpisanih zdravil za srčno popuščanje in se jih tega tudi drži, 2% pacientov sta mnenja, da lahko prenehajo jemati zdravila za srčno popuščanje, ko se počutijo boljše. Lainščak (2001) je z raziskavo ugotovil, da je nesodelovanje pacientov in neredno jemanje zdravil eden od večjih izzivov pri obravnavi pacientov s srčnim popuščanjem. Trupp in Wingate (2008) sta z raziskavo ugotovila, da 29% ne ve, da se bolezen zdravi tudi z zdravili.

Skrb vzbujajoč je podatek, da je le dobra polovica anketirancev pred poučevanjem vedela, da je dobro telovaditi in vmes redno počivati, tudi sicer so pacienti bolj zadržani do dejstva, da je redna telesna dejavnost sestavni del njihove rehabilitacije. Sklepamo, da so pacienti brezvoljni, da imajo občutek nekoristnosti, prisoten je strah, nimajo dovolj znanja o oblikah in intenzivnosti telesne vadbe ter njeni časovni primernosti. Zaskrbljujoč je tudi podatek (Šlehta in Lainščak, 2008), da manj kot polovica pacientov doma redno telesno vadi in vmes redno počiva. Skoraj polovica pacientov pa je mnenja, da morajo doma vaditi, kolikor je možno. Z redno telesno vadbo bi lahko izboljšali zmogljivost za telesni napor. Prevelika obremenitev srca zaradi pomanjkanja počitka med vadbo pa jim s tem lahko povzroča nemalo težav.

Z raziskavo, ki sta jo izvajala Lainščak in Keber (2003) sta ugotovila, da imajo pacienti po odpustu kar nekaj težav z zdravstvenim stanjem, predvsem na področju znanja o bolezni, kakovosti življenja po odpustu in neustreznega vodenja bolezni po odpustu. Sočasno jemanje več zdravil hkrati je bilo prisotno pri pacientih s srčnim popuščanjem, ki se ne zdravijo optimalno, tako pri srčnem popuščanju kot pri ostalih pridruženih boleznih. Rezultati so tudi pokazali neustrezno nefarmakološko vodenje pacientov s srčnim popuščanjem. Najbolj presenetljiva je bila ugotovitev, da kar 39% pacientov ni bilo zadovoljnih z razlago njihovega zdravstvenega stanja s strani zdravstvenega tima. Zaključujeta, da je strategija poučevanja nujno potrebna, najprej za medicinsko osebje in nato za paciente s srčnim popuščanjem.

Glede znanja pri pacientih s srčnim popuščanjem je Paul (2008) ugotovila, da sta dve tretjini pacientov prejeli informacije oziroma nasvete o samooskrbi pri srčnem popuščanju, 37% pacientov je vedelo o svoji bolezni zelo malo ali skoraj nič, 49% je imelo srednje veliko znanja in samo 14% pacientov je vedelo veliko o srčnem popuščanju. Poleg tega se približno 40% pacientov ni zavedalo pomembnosti dnevnega tehtanja in 25% ni upoštevalo alkohola kot rizičnega faktorja. Čeprav se je 80% pacientov zavedalo, da bi morali omejiti količino soli v prehrani, je to izvaja le tretjina. Boren, Wakefield, Gunlock in Wakefield (2009) v raziskavi opozarjajo, da večina pacientov meni, da so simptomi pri srčnem popuščanju posledica staranja in niso ozdravljivi, in da 20% pacientov z zmernim do hudim srčnim popuščanjem sploh ne ve, da ima to bolezen.

Podatki, pridobljeni v Splošni bolnišnici Zadar (Ljubičić, 2008) kažejo na to, da organizacijski, izobraževalni in medsebojni odnosi med medicinskimi sestrami in pacienti vplivajo na motivacijo medicinskih sester na področju izobraževanja. Zaključuje, da bi v prid kakovostne komunikacije in izboljšanja kakovosti zdravstvene nege morali povečati število medicinskih sester in jih stalno strokovno izpopolnjevati.

Raziskave o oskrbi pacientov, ki umirajo zaradi napredovalega srčnega popuščanja, so v glavnem retrospektivne in dokazujejo, da imajo pacienti izkušnje z različnimi ovirami, predvsem s pridobivanjem informacij o njihovem zdravstvenem stanju in z izbiro oskrbe (Formiga idr., 2007; Horne, Payne, 2004; Rogers idr., 2000; Levenson idr., 2000; povz. po Bobnar, 2008).

Večina avtorjev (Šlehta in Lainščak, 2008; Trupp in Wingate, 2008; Paul, 2008) se strinja, da je znanje pacientov s srčnim popuščanjem šibko, kar vpliva na slabo kakovost življenja, večje število naglih poslabšanj bolezni, nezadovoljstvo in strah pacientov, večje število hospitalizacij, dolge čakalne vrste, višje stroške zdravljenja.

Iz najnovejših smernic je razvidno, da pacienti potrebujejo znanje o bolezni sami, farmakološkem in nefarmakološkem zdravljenju, kot tudi o simptomih poslabšanja in o tem, kako ukrepati ob poslabšanju. Pisna in ustna navodila so tako postala bistvena v obvladovanju bolezni (Wal, Jaarsma, Moser in Veldhuisen, 2005).

Kaj lahko storimo, da bo poučenost pacientov večja? V prihodnosti želimo, da se šola srčnega popuščanja izvaja kontinuirano v kliniki Golnik, saj smo z raziskavo dokazali pozitiven učinek poučevanja pacientov s srčnim popuščanjem.

## 4 ZAKLJUČEK

Srčno popuščanje je kronična bolezen oziroma sindrom, ki kljub naglemu napredku medicine, prizadene velik del starejše populacije. Prognoza bolezni je še vedno slaba in močno vpliva na kakovost življenja pacientov in njihovih svojcev. Zdravstveni tim ves čas skrbi za dobro osveščenost pacientov o prepoznavanju simptomov poslabšanja bolezni, zdravi prehrani, omejitvi vnosa tekočine in soli, ocenjevanju bolečine, dispneje, telesni aktivnosti, pravilnemu prejemanju terapije in vsakodnevnem tehtanju.

V ta namen smo v kliniki Golnik izvedli raziskavo, kjer sta nas, poleg vloge poučevanja pri pacientih s srčnim popuščanjem, zanimala še nivo znanja pacientov o bolezni in zmožnost samooskrbe pri obvladovanju bolezni in področje samooskrbe, s katerim imajo pacienti največ težav.

Iz predstavljene analize raziskovalnih podatkov je na splošno možno povzeti, da so pacienti zelo slabo poučeni o svoji bolezni, in da so rezultati raziskave primerljivi s študijami, izvedenimi pri nas in v tujini. Kljub vsemu nas navdušuje visoka udeležba anketirancev, njihovo zadovoljstvo in pridobitev znanja ter izboljšanje stališč do samooskrbe pri pacientih s srčnim popuščanjem.

Pozitivni rezultati končnega dela raziskave pomenijo eno od izhodišč za razmišljanje o izvajanju poučevanja pri pacientih s srčnim popuščanjem tudi v prihodnje. Menimo, da je potrebno tudi nadaljnje raziskovanje na tem področju, kajti le z izsledki raziskav bomo uspešno poučevali paciente in načrtovali aktivnosti za izboljšanje kakovosti njihovega življenja ter dvig nivoja samooskrbe.

V prihodnje bi v ta namen izvedli ponovno anketiranje pacientov v obdobju enega meseca in izvajanje študije primera. Razmišljati bi morali tudi o osveščanju pacientov in njihovih svojcev na posameznih oddelkih s pomočjo ustnega informiranja, plakatov, internih brošur z navodili, obveščanja o novostih preko elektronske pošte (v določenih časovnih terminih), ponudbe spletnih strani, vključevanja koordinatorja odpusta, izdelave algoritma za paciente (kako ukrepati v primeru poslabšanja), v bolnišnici pa dati poseben poudarek vsem pacientom s srčnim popuščanjem pri prehrani z malo soli, zmanjšanjem vnosa tekočine, vsakodnevnem tehtanju na tešče in pri izvajanju zmerne telesne aktivnosti. Smiselno bi bilo vključevanje svojcev ter izvajanje individualne obravnave, kjer je to potrebno, ali spremljanje pacientov na daljavo, če niso zmožni

obravnave. V prid temu govori raziskava (Inglis idr., 2010; povz. po Lainščak., idr., 2011), ki je vključevala 8323 pacientov. Ugotovili so, da spremljanje pacientov na daljavo (tele-medicina) zmanjša smrtnost za 34%, medtem ko jo strukturirana telefonska podpora zmanjša le za 12%, glede na običajno zdravstveno oskrbo.

Ugotovitve raziskave temeljijo na vzorcu pacientov, ki so hospitalizirani ali se zdravijo ambulantno v kliniki Golnik, zato bi bila zanimiva primerjava tudi s pacienti z diagnozo srčnega popuščanja, ki se zdravijo v ostalih bolnišnicah ali ambulantah po Sloveniji.

Kljub vsemu je v prvi vrsti treba dati poudarek izobraževanju zdravstvenega tima. Upamo trditi, da le z enotnim in kakovostnim pristopom zdravstvenih delavcev lahko pripomoremo k motivaciji pacientov ter izboljšanju njihove kakovosti življenja.

Želimo si, da nam je uspelo stopiti korak naprej na področju poučevanja pri pacientih s srčnim popuščanjem tudi z našo raziskovalno nalogo, ki je brez trdne volje in zanimanja pacientov s srčnim popuščanjem, ne bi nikoli uspeli izvesti.

## 5 LITERATURA

- Adams J. Dictionary of nursing. London: A&C Black; 2007.
- Addington Hall JM, Higginson IJ. Palliative care for non-cancer patients. New York: Oxford; 2006.
- Antolič G, Ružič-Medvešček N. Zdravljenje popuščanja srca. In: Turk J. idr. Zdravila za srce in ožilje. Ljubljana: Bayer; 1999. 71–85.
- Ashley EA, Niebauer J. Cardiology explained. London: Remedica; 2004.
- Beattie J, Goodlin S. Supportive care in heart failure. New York: Oxford University Press Inc; 2008.
- Berger A. Heart failure. 2009; Dostopno na: <http://health.nytimes.com/health/guides/disease/heart-failure/overview.html#Alternative-Names>; (25. 3. 2011).
- Bobnar A. Vključevanje paliativne oskrbe pri bolnikih z boleznimi srca in ožilja. In: Kvas A, Bobnar A. Zdravstvena oskrba srčno-žilnega bolnika z napredovalo boleznijo: XXI. strokovno srečanje. Radenci: Tiskarna Povše; 2008. 13–21.
- Boren SA, Wakefield BJ, Gunlock TL, Wakefield DS. Heart failure self-management education: a systematic review of the evidence. Int J Evid Based Healthc 2009; 7: 159–168.
- Bushnell FK. Self-care teaching or congestive heart failure patients. J Gerontol Nurs 1992; (18): 27–32.
- Campbell LC. Nurse to nurse. palliative care. New York: McGrawHill; 2009.
- CINDI Slovenija. Kronične nenalezljive bolezni. 2008; Dostopno na: [http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc2008/40\\_bolezni.pdf](http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc2008/40_bolezni.pdf) (15. 4. 2011).

- Davis RC, Hobbs FDR. ABC of heart failure. History and epidemiology. *BMJ* 2000; 320 (7226): 39–42.
- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray J, Ponikowski P, Poole-Willson PA, idr. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur J Heart Fail* 2008; 10 (10): 933–89.
- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray J, Ponikowski P, Poole-Willson PA idr. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur J Heart Fail* 2008; 29, 2388–2442.
- Dornik E. Kakovost življenja tetraplegika-študija primera. *Obzor Zdr N* 2001; 35: 205-11.
- Edelman CL, Mandle CL. Health promotion. 6. izd. Missouri: Mosby, 2006.
- Ferrari R, Opasich C, Tavazzi, L. Heart failure: 181 questions & answers. Neuilly-sur-Seine Cedex: Medical Publishing Division; 2003.
- Fidian Green RG. Treating heart failure and sepsis with bloodletting and leeches. 2003. Dostopno na: <http://www.bmj.com/content/320/7226/39.1/reply> (12. 4. 2011).
- Foote M. Heart failure: helping your patient help herself. *Nurs* 1997. 27 (4): 32aaa–32ddd.



- Haber D. Health promotion and aging. 4. izd. New York: Springer, 2007.
- Henry J. Družinska enciklopedija zdravil. Ljubljana: DZS, 1996.
- Hižar B, Poles J, Lebar P. Ambulanta za srčno popuščanje tudi v bolnišnici Topolšica. In: Drnovšek Kaljanec M, Poles J. Srečanje Združenja pnevmologov Slovenije: 90 let Bolnišnice Topolšica, Velenje. 2009. 18–26.
- Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005.
- Jalovec T, Marinč L, Sotošek D. Zdravstvena nega bolnika z biventrikularnim srčnim spodbujevalnikom. In: Kvas A, Žontar T. Novi trendi v zdravstveni oskrbi srčno-žilnih bolnikov: 26. strokovno srečanje, Radenci, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, 2010. 27–33.
- Janša-Trontelj K. Ambulantno vodenje pacientov s srčnim popuščanjem. In: Marinč L, Mazi M. Medicinska sestra ob bolniku s srčnim popuščanjem. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2004. 22–32.
- Jaarsma T, Beattie MJ, Ryder M, Rutten FH, Mc Donagh T, Mohacsi P, idr. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail 2009; (11): 433-43.
- Jaarsma T, Strömberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. 2003; 5(3): 363–70.
- Kadivec S. Princip zdravstvene vzgoje bolnikov. In: Kadivec S. Šola za obstruktivne bolezni pljuč. Golnik: Bolnišnica Golnik; 2010. 4-10.

- Kadivec S, Košnik M. Kako doseči partnersko sodelovanje s pacientom z astmo. *Obzor Zdr N* 2006; 40: 215-22.
- Kapš P, Kapš R, Kapš Ostojčić S. Bolezni srca in ožilja. Novo mesto: Grafika Tomi; 2009.
- Keber I. Srčno popuščanje. Novo mesto: Kočevski tisk; 2005.
- Keber I, Lainščak M, Horvat A, Dobovišek J. Obravnava bolnikov s srčnim popuščanjem v splošni in univerzitetni bolnišnici v letu 1997. *Zdrav Vestn* 2003; 72: 135–40.
- Keber I, Medvešek-Ružič N. Priročnik za paciente s srčnim popuščanjem. Ljubljana: Roche, 2006.
- Krčevski-Škvarč N, idr. Nacionalni program paliativne oskrbe. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2008.
- Kvas A. Andragoško-didaktični pristopi pri zdravstveni vzgoji bolnikov s srčnim popuščanjem (b. l.): Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres\\_zbn/pdf/233C.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/233C.pdf) (14. 2. 2011).
- Lainščak M. Diagnostična in terapevtska obravnava bolnikov, hospitaliziranih zaradi srčnega popuščanja v univerzitetni in splošni bolnišnici: [magistrsko delo] Ljubljana, 2001.
- Lainščak M, idr. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J of Heart Fail* 2011; 13: 115–26.
- Lainščak M, Keber I. Patient's view of heart failure: from the understanding to the quality of life. *Eur J of Cardiovasc Nurs* 2003; 2: 275–81.

- Lainščak M, Kerbev M, Horvat A, Benko D, Klančnik Gruden, Keber I. Rezultati raziskave »Euroheart failure« v Sloveniji: značilnosti in diagnostična obravnava bolnikov, bolnišnično zdravljenih zaradi srčnega popuščanja. Zdrav Vestn 2004; 73: 117–21.
- Ljubičić M. Edukacija bolesnika oboljelih od ishemične bolesi srca. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2008; 4 (14).
- Lubi T, Vražič Z. Vloga zdravstvene nege v skrbi za zdravje prebivalstva. In: Završnik J. Zdravo mesto – zdravi ljudje. Zbornik povzetkov predavanj. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru; 2010; 20.
- Mravljak K. Zdravstvena vzgoja bolnika s srčnim popuščanjem v bolnišnici Topolšica. In: Marinč L, Mazi M. Medicinska sestra ob bolniku s srčnim popuščanjem. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2004. 17–22.
- Orem, D. Nursing: Concepts of practice. 2. izd. St. Louis: McGraw-Hill. 1985.
- Osterhouse MD, Kettner NW, Boesch R. Congestive heart failure: A review and case report from a chiropractic teaching clinic. J Manipulative Physiol Ther 2005; 28 (5): 356–64.
- Patton, M.Q. Qualitative research & evaluation methods. London & New Delhi: Sage Publications International educational and professional publisher, 2002.
- Paul S. Hospital discharge education for patients with heart failure: what really works and what is the evidence? Am Crit Care Nurse 2008; 28: 66–82.

- Poles J, Arzenšek N, Hižar B. Obravnava srčno-žilnih bolnikov v Bolnišnici Topolšica skozi čas. In: Drnovšek-Kaljanec M in Poles J. 90 let Bolnišnice Topolšica: Redke pljučne bolezni: zbornik sestanka. Golnik: Združenje pulmologov Slovenije, 2009. 9–17.
- Putar B. Komunikacija med medicinsko sestro in bolnikom v specialistični ambulanti. In: Marinč L, Mazi M. Medicinska sestra ob bolniku s srčnim popuščanjem: zbornik predavanj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2004. 8–12.
- Ross B, Cobb K. Family nursing: a nursing process approach. Redwood City: Addison-Wesley Nursing. 1990.
- Rutar S. Poškodba srca je lahko nenadna. 2004; Dostopno na: <http://web.vecer.com/portali/vecer/v1/default.asp?kaj=3&id=200407210054637> 8 (6. 4. 2011).
- Ružič-Medvešček N. Srčno popuščanje dobiva razsežnosti epidemije. 2010; Dostopno na: <http://www.viva.si/Bolezni-srca-in-o%C5%BEilja-Kardiovaskularne-bolezni/1010/Sr%C4%8Dno-popu%C5%A1%C4%8Danje-dobiva-razse%C5%BEnosti-epidemije?index=1> (15. 2. 2011).
- Schocken DD, Benjamin EJ, Fonarow GC, Krumholz MH, Levy D, Mensah G. A. Prevention of the heart failure. Circulation 2008; (117): 2544-65.
- Searson F. Meeting the information needs of patients with chronic heart failure. Nurs Stand 2007; 22 (14–16): 52-7; quiz 58.
- Šabanović M. Načela farmakološkega zdravljenja srčnega popuščanja. In: Kersnik J (ed.). 2. Fajdigovi dnevi. Kranj: Združenje zdravnikov družinske medicine, Osnovno zdravstvo Gorenjske – Zdravstveni dom Kranj, Društvo medicinskih sester in tehnikov Gorenjske, Katedra za družinsko medicino, Zavod za zdravstveno varstvo Kranj, 2000. 9–10.

- Šebeštjen M, Keber I, Jug B. Obravnava anemije pri bolnikih s srčnim popuščanjem. *Zdrav Vestn* 2010; 79: 134–45.
- Šlehta M, Lainščak M. Znanje bolnikov o samooskrbi pri srčnem popuščanju. In: Kadivec S (ed.). 4. slovenski pneumološki in alergološki kongres 2008. Zbornik predavanj. Golnik: Bolnišnica Golnik; 2008. 90-2.
- Šmitek J. Hierarhija znanja v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2001; 35: 163–74.
- Tansey P. Counting the cost of heart failure to the patient, the nurse and the NHS. *Br J Nurs* 2010; 19 (22): 1396–401.
- Tomić A. Izbrana poglavja iz didaktike. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Center za pedagoško izobraževanje, 2003.
- Trampuš I. Organizirano učenje srčno žilnih pacientov na kliničnem oddelku za kardiologijo. In: Kvas A, Marinč L. Zdravstvena vzgoja srčno žilnih bolnikov: 16. strokovno srečanje. Otočec: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. 2005. 32–7.
- Trobec K. Zdravstvena nega bolnika s srčnim popuščanjem v bolnišnici. In: Marinč L in Mazi M. Medicinska sestra ob bolniku s srčnim popuščanjem: zbornik predavanj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2004. 34–7.
- Trupp RJ, Wingate S. Heart failure: A Call to action. *Prog Cardiocasc Nurs*. 2008; 23: 173–7.
- Van der Wal MHL, Jaarsma T, Moser KD, Veldhuisen DJ. Development and testing of the Dutch Heart Failure Knowledge Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005; 4 (4): 273–7.
- Vrtovec B. Epidemiologija in patogeneza srčnega popuščanja. In: Marinč L, Mazi M. Medicinska sestra ob bolniku s srčnim popuščanjem: zbornik predavanj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2004.

- Vrtovec B. Zdravljenje srčnega popuščanja z mehansko podporo levega prekata. In: Kvas A, Žontar T. Novi trendi v zdravstveni oskrbi srčno-žilnih bolnikov: 26. strokovno srečanje, Radenci, 28. in 29. maj 2010. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, 2010. 7–10.
- While A, Kiek F. Chronic heart failure: promoting quality of life. Br J Community Nurs 2009; 14, (2): 54–9.
- Zaletel J. Diagnostični postopki pri srčnem popuščanju. In: Kersnik J. 2. Fajdigovi dnevi. Kranj: Združenje zdravnikov družinske medicine, Osnovno zdravstvo Gorenjske – Zdravstveni dom Kranj, Društvo medicinskih sester in tehnikov Gorenjske, Katedra za družinsko medicino, Zavod za zdravstveno varstvo Kranj, 2000. 8–9.
- Završnik J, Frankič M. Zdravje kot del kulture. In: Završnik J. Zdravo mesto – zdravi ljudje: zbornik povzetkov predavanj. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, 2010. 15.
- Zorc J, Torkar T, Bahun M, Ramšak-Pajk J. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: Skela-Savič, Kaučič BM, Filej B, Skinder-Savič, Mežik-Weber, idr. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege-izbrana poglavja, 2010; 52–62.
- Žagar A. Zdravstvena nega pacienta s srčnim popuščanjem na domu. [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2010.
- Žalar A. Ocena seznanjenosti prebivalcev Slovenije z dejavniki tveganja nastanka bolezni srca in ožilja. Obzor Zdr N 2009; 43, (2): 95–101.

- Železnik D. Self-care behaviour styles and the functional ability of elderly people living in their home environment. Obzor Zdr N 2010; 44, (1): 3-11.

## 6 PRILOGE

### 6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK (SOCIO-DEMOGRAFSKI PODATKI)

#### **Spoštovane pacientke in pacienti!**

Sem Ditka Benedičič, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in Vas vabim k sodelovanju pri raziskovalni nalogi. Vaši iskreni odgovori mi bodo v veliko pomoč pri ugotavljanju vloge poučevanja pri pacientih s srčnim popuščanjem.

Hvala za sodelovanje!

#### Prvi del obsega socio-demografske podatke!

1. SPOL      ženski/moški
2. LETO ROJSTVA \_\_\_\_\_
3. ZAKONSKI STAN    poročen / samski / vdov-a / živim z  
   izvenzakonskim partnerjem
4. IZOBRAZBA    osnovna šola ali manj / poklicna šola / srednja  
   šola / visoka šola / magisterij / doktorat
5. ZAPOSILITEV \_\_\_\_\_
6. REGIJA \_\_\_\_\_
7. KOLIKO ČASA IMATE BOLEZEN SRČNO POPUŠČANJE?  
   \_\_\_\_\_
8. KOLIKO MENITE, DA IMATE ZNANJA O VAŠI BOLEZNI?  
(označite na lestvici, 1-najmanj, 10-največ)

**1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10**



## 6.2 NIZOZEMSKA LESTVICA ZNANJA O SRČNEM POPUŠČANJU

M.H.L van der Wal, T. Jaarsma

Ta seznam vsebuje več vprašanj in trditev o srčnem popuščanju. Prosimo vas, da označite tisti odgovor, za katerega menite, da je pravilen (vedno lahko označite le en odgovor).

**1. Kako pogosto se naj bolniki s hudim srčnim popuščanjem sami tehtajo?**

- vsak teden
- včasih
- vsak dan

**2. Zakaj je pomembno, da se bolniki s srčnim popuščanjem redno sami tehtajo?**

- ker ima mnogo bolnikov s srčnim popuščanjem slab apetit
- da preverijo, če se v telesu zadržuje tekočina
- da ocenijo pravi odmerek zdravil

**3. Koliko tekočine lahko doma zaužijete vsak dan?**

- največ 1.5 do 2.5 litra
- čim manj
- čim več

**4. Katera od teh trditev je pravilna?**

- če veliko kašljam, je bolje, da svojih zdravil za srčno popuščanje ne vzamem
- ko se bolje počutim, lahko preneham jemati moja zdravila za srčno popuščanje
- pomembno je, da moja zdravila za srčno popuščanje redno jemljem

**5. Kaj je najbolje storiti v primeru pomanjkanja sape ali oteklih nog?**

- poklicati zdravnika ali medicinsko sestro
- počakati do naslednjega kontrolnega pregleda
- vzeti manj zdravil

**6. Kaj lahko povzroči hitro poslabšanje simptomov srčnega popuščanja?**

- prehrana z dosti maščobami
- prehlad ali gripa
- pomanjkanje telesne vadbe

**7. Kaj pomeni srčno popuščanje?**

- da srce ni zmožno prečrpati dovolj krvi naokrog po telesu
- da nekdo ni dovolj telesno aktiven in da je v slabi kondiciji
- da je prisoten krvni strdek v žilah srca

**8. Zakaj lahko otekajo noge, če imate srčno popuščanje?**

- ker zaklopke v krvnih žilah nog ne delujejo pravilno
- ker mišice v nogah ne prejemajo dovolj kisika
- ker se v nogah nabira tekočina

**9. Kakšna je funkcija srca?**

- da absorbira hranila iz krvi
- da črpa kri naokrog po telesu
- da oskrbi kri s kisikom

**10. Zakaj bi se moral nekdo s srčnim popuščanjem držati diete z malo soli?**

- sol pospešuje zadrževanje tekočine
- sol povzroči skrčenje krvnih žil
- sol zvišuje frekvenco srca

**11. Kateri so glavni vzroki srčnega popuščanja?**

- infarkt srca in povišan krvni tlak
- težave s pljuči in alergija
- debelost in sladkorna bolezen

**12. Katera trditev o telesni vadbi ljudi s srčnim popuščanjem je pravilna?**

- pomembno je doma vaditi čim manj, da bi s tem razbremenili srce
- pomembno je doma vaditi in vmes redno počivati
- pomembno je doma vaditi kolikor je možno

**13. Zakaj ima nekdo s srčnim popuščanjem predpisane tablete za odvajanje vode?**

- da bi znižali krvni tlak
- da bi preprečili zastoj tekočine v telesu
- ker lahko tako popijejo več

**14. Katera trditev o povišanju telesne teže in srčnem popuščanju je pravilna?**

- povišanje za več kot 2kg v 2 ali 3 dneh bi morali sporočiti zdravniku ali ob naslednji kontroli
- v primeru povišanja za več kot 2kg v dveh ali treh dneh bi morali kontaktirati vašega zdravnika ali sestro
- v primeru povišanja za več kot 2kg v dveh ali treh dneh bi morali jesti manj

**15. Kaj je najbolje storiti, ko ste žejni?**

- lizati ledeno kocko
- lizati pastilo
- veliko piti

### 6.3 EVROPSKA VEDENJSKA LESTVICA SAMOOSKRBE

Ta lestvica vsebuje trditve o samooskrbi pri srčnem popuščanju. Odgovorite na vsako trditev z obkrožitvijo številke, za katero menite, da najbolj velja za vas. Bodite pozorni, da različne možnosti odgovorov predstavljajo lestvico med skrajnima možnosima "Popolnoma se strinjam (1) in "Sploh se ne strinjam" (5). Tudi, če ste pri določeni trditvi negotovi, obkrožite številko za katero menite, da je za vas najbolj resnična.

	Popolnoma se strinjam					Sploh se ne strinjam
1. Tehtam se vsak dan.	1	2	3	4	5	
2. Če dobim težko sapo, nadaljujem bolj počasi.	1	2	3	4	5	
3. Če se moja težka sapa stopnjuje, kontaktiram mojega zdravnika ali medicinsko sestro.	1	2	3	4	5	
4. Če postanejo moji gležnji ali noge bolj otečene kot ponavadi, potem kontaktiram mojega zdravnika ali medicinsko sestro.	1	2	3	4	5	
5. Če pridobim v enem tednu 2-3 kg, kontaktiram mojega zdravnika ali medicinsko sestro.	1	2	3	4	5	
6. Omejujem količino tekočine, ki jo spijem (ne več kot 1½-2 l na dan)	1	2	3	4	5	
7. Podnevi večkrat počivam.	1	2	3	4	5	
8. Če se utrujenost stopnjuje, kontaktiram mojega zdravnika ali medicinsko sestro.	1	2	3	4	5	
9. Jem hrano z malo soli.	1	2	3	4	5	
10. Zdravila jemljem, kot imam predpisano.	1	2	3	4	5	
11. Vsako leto se cepim proti gripi.	1	2	3	4	5	
12. Redno telovadim.	1	2	3	4	5	

*The European Heart Failure Self-care Behavior Scale  
(Jaarsma, Stromberg, Martensson, Dracup, 1999)*

The British English version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale that was used in the study along with the Spanish, Italian Dutch and Swedish versions.