



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice

College  
of Nursing  
Jesenice

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

# **ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNIKA S SRČNIM POPUŠČANJEM**

Mentorica: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.      Kandidatka: Nataša Sitar

Jesenice, junij, 2012

## **ZAHVALA**

Ob pisanju diplomskega dela bi se posebej zahvalila spoštovani mentorici Jožici Ramšak Pajk, za vso strokovno pomoč in nasvete, s katerimi me je usmerjala in mi pomagala pri nastajanju diplomskega dela.

Iskrena hvala tudi mojim domačim in fantu Denisu, ki so mi stali ob strani mojega študija, me podpirali, vzpodbujali in mi dajali oporo.

Zahvala tudi mojim sodelavcem, ki so mi v času študija mnogokrat priskočili na pomoč, mi odstopili kakšen prosti dan in delali namesto mene.

Zahvaljujem se tudi pacientom, ki so mi pomagali pri izvedbi in reševanju anketnih vprašalnikov.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Svet se sooča s porastom kroničnih obolenj in njihovimi posledicami, ki se odražajo v naraščajoči prezgodnji obolevnosti in smrtnosti. Rezultati epidemioloških raziskav kažejo, da so pacienti v današnjem času slabo osveščeni glede svoje bolezni. Z zdravstveno vzgojnim delovanjem pri pacientih s srčnim popuščanjem medicinske sestre lahko pomembno vplivamo na vzpodbujanje njihovih potencialov za vzdrževanje obstoječega zdravstvenega stanja, preprečevanja poslabšanja bolezni in za izboljšanje prilagodljivosti na zanje zadovoljivo zdravstveno stanje.

**Cilj:** Cilj raziskave je pridobiti podatke o znanju pacientov o njihovi bolezni srčno popuščanje, poudariti pomen zdravstvene vzgoje v času hospitalizacije, pridobiti informacije, kako zadovoljni so pacienti s prejetjem informacij o bolezni v bolnišnici.

**Metoda:** Uporabljena je bila kvantitativna metoda dela. Podatke so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom. V raziskavi je sodelovalo 70 pacientov, ki so bili hospitalizirani na KO za kardiologijo v UKC Ljubljana z diagnozo srčno popuščanje. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 18. Podatki so bili prikazani v obliki frekvenčne in odstotne porazdelitve, P- vrednost  $< 0,05$  je predstavljala statistično pomembnost.

**Rezultati:** Rezultati so pokazali, da ljudje v 60% ljudje navajajo, da je srčno popuščanje bolezen, ki nastane zaradi oslabiljenega delovanja srca. Polovica anketiranih 56% ima prisotno še drugo kronično bolezen. Skoraj tretjina je bilo takšnih, ki so bili hospitalizirani več kot 3x. Najtežje se spopadajo z omejitvijo tekočine v 80% in zmanjšana fizična aktivnost 81%.

**Razprava:** Pacienti s srčnim popuščanjem še vedno ne poznajo dobro svoje bolezni. To potrjujemo s tem, da je bilo 30% anketiranih, hospitaliziranih več kot 3x. Vsakodnevne težave z omejitvijo tekočin, lahko povežemo s tem, da je najpogostejši vzrok sprejema zadrževanje vode v telesu. V prihodnosti bi lahko razmišljali o šoli za pacienti s srčnim popuščanjem, da bi s tem lažje premagovali ovire v življenju.

**Ključne besede:** kronične bolezni, srčno popuščanje, zdravstvena nega, zdravstvena vzgoja.

## SUMMARY

**Theoretical basis:** The world is faced with the rise of chronic diseases and their consequences, which are reflected in the increasing morbidity and premature mortality. Epidemiological studies show that patients are now in this time poorly informed about their disease. The health education activity in patients with heart failure, nurses can significantly influence their potential to promote the maintenance of the existing state of health, prevention of worsening disease and to improve the flexibility for them to satisfactory condition.

**Aim:** The aim of this research is to obtain data on patients' knowledge about their disease heart failure, stress the importance of health education during hospitalization, to obtain information on how satisfied patients are to receive information about diseases in the hospital.

**Method:** We used the quantitative method of work. The data were obtained by questionnaire. The study included 70 patients, who were hospitalized in the KO of Cardiology University Medical Centre Ljubljana with the diagnosis of heart failure. The statistical analysis was performed using the SPSS 18. Data were presented as frequency and percentage distributions, P-value <0.05 representing statistical significance.

**Results:** Results showed that 60% of people in humans suggest that heart failure is a disease caused by impaired cardiac function. Half of those surveyed 56% of the present yet another chronic disease. Almost a third were of those who were hospitalized for more than three times. Most difficult to cope with fluids restriction in 80% and reduced physical activity 81%.

**Discussion:** Patients with heart failure are still not well known to their illness. This is confirmed by the fact that 30% of respondents were hospitalized for more than three times. Everyday problems by restricting the liquids can be related to the fact that the most common cause of admission of water retention in the body. In the future, we can think of a school for patients with heart failure, in order to help overcome obstacles in life.

**Keywords:** chronic disease, heart failure, health care, health education

## 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 Vzroki srčnega popuščanja .....	5
	2.1.2 Klinični znaki in simptomi .....	5
	2.1.3 Zdravljenje srčnega popuščanja.....	7
	2.2 ZDRAVSTVENA VZGOJA.....	9
	2.2.1 Definicija zdravstvene vzgoje.....	9
	2.2.2 Primarna, sekundarna in terciarna raven .....	10
	2.3 ZDRAVSTVENA VZGOJA PACIENTA S SRČNIM POPUŠČANJEM V BOLNIŠNICI .....	11
	2.3.1 Zdravstveno vzgojne naloge medicinske sestre v bolnišnici .....	14
	2.3.2 Zdravstvena vzgoja pacienta s srčnim popuščanjem v domačem okolju ...	18
	2.4 SEZNANJENOST PACIENTOV S SVOJO BOLEZNIJO .....	19
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>20</b>
	3.1 NAMEN 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 .....	21
	3.3.4 Pridobivanje in opis obdelave podatkov .....	22
	3.4 REZULTATI.....	24
	3.5 RAZPRAVA .....	32
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b> .....	<b>51</b>
	6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK.....	51

## KAZALO SLIK

Slika 1:Razvoj medosebnega odnosa med MS in pacientom/ varovancem .....	12
---	----

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Klasifikacija srčnega popuščanja New York Heart Association. ....	6
Tabela 2: Opis vzorca .....	22
Tabela 3: Zanesljivost vzorca .....	23
Tabela 4: Seznanjenost z diagnozo srčno popuščanje .....	24
Tabela 5: Dejavniki tveganja, ki pospešujejo / poslabšujejo bolezn srca in ožilja.....	24
Tabela 6: Primerjava med spoloma glede dejavnikov tveganja.....	25
Tabela 7: Najbolj značilni znaki bolezn srčno popuščanje .....	25
Tabela 8: Redno jemanje zdravil .....	26
Tabela 9: Pomen rednega jemanja zdravil.....	26
Tabela 10: Pomen vsakodnevnega tehtanje in beleženje vnosa tekočin .....	26
Tabela 11: Dosoljevanje hrane .....	27
Tabela 12: Ali kadite?.....	27
Tabela 13: Ukvarjanje s telesno vadbo.....	27
Tabela 14: Vrste telesne vadbe .....	28
Tabela 15: Prisotnost drugih kroničnih bolezn.....	28
Tabela 16: Vrste drugih kroničnih bolezn .....	29
Tabela17: Vsakodnevno spoprijemanje z navedenimi aktivnostmi.....	29
Tabela 18: Iskanje informacij o bolezn in zdravem načinu življenja.....	30
Tabela 19: Prejemaje informacij v bolnišnici.....	30
Tabela 20: Posredovanje informacij .....	30
Tabela 21: Način prejemanja informacij o bolezn. ....	30
Tabela 22: Posredovanje informacij pacientu s strani medicinske sestre.....	31
Tabela 23: Kaj ste v času bivanja v bolnišnici najbolj pogrešali?.....	31

## **1 UVOD**

Vodilni vzrok smrti in invalidnosti v večjem delu sveta so kronične nalezljive bolezni. Na prvem mestu so še vedno bolezni srca in ožilja, sledijo jim rak, sladkorna bolezen, debelost, kronična pljučna obolenja (Lainščak, 2011).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je 60% smrti posledica kroničnih bolezni in 80% le – teh se zgodi v manj razvitih in nerazvitih področjih (WHO, 2008). Na nastanek teh bolezni vplivajo različni dejavniki tveganja, ki so med seboj povezani. Med najpomembnejše štejemo vedenjske dejavnike tveganja, kot so nepravilna prehrana, kajenje, nezadostna telesna dejavnost, saj lahko nanje v veliki meri vplivamo s preventivnimi ukrepi. Dokazano je, da lahko z zdravim življenjskim slogom učinkovito obvladujemo dejavnike tveganja ter preprečujemo in zdravimo kronične nenalezljive bolezni, potek bolezni pa omilimo (CINDI Slovenija, 2008).

Najbolj razširjene kronične nenalezljive bolezni so bolezni srca in ožilja in sicer: arterijska hipertenzija, angina pectoris, miokardni infarkt, srčno popuščanje, možganska kap in njene posledice (Horvat, 2008).

Srčno popuščanje (SP) je bolezen, ki v razvitem svetu predstavlja vse večji problem, kar je predvsem posledica staranja prebivalstva in vedno večjega števila kroničnih pacientov z boleznimi srca in ožilja. V Sloveniji ima težave zaradi SP približno 30.000 pacientov, vsako leto pa zdravniki odkrijejo še 3000 novih primerov (Keber, 2005) Napovedi kažejo, da bo delež pacientov s SP do leta 2040 obsegal več kot 20% populacije, ki bo starejša od 65 let. Govorimo o epidemiji, ki jo je treba zajezi, saj so ti pacienti zaradi pogostih hospitalizacij zelo dragi za zdravstveni sistem, poleg tega, da je zelo okrnjena tudi kakovost njihovega življenja (Koželj, 2011).

Številni pacienti s SP so v vsakdanjem življenju močno omejeni. Težave jim dela težka sapa in utrujenost, občasno pa lažje ali težje dekompenzirajo. Prej ko slej postanejo odvisno od okolice, sorodnikov, družbene pomoči (Davis idr., 1998, cit. po Ružič Medvešek, 2001).

Študije kažejo, da je kakovost življenja slabša pri ženskah kot pri moških s SP. Izboljšanje življenja je eden izmed glavnih ciljev zdravljenja za osebe s SP (Bennett idr., 2001). Pacienti s SP imajo v Sloveniji enake možnosti za zdravljenje kot v



boljših centrih na svetu. Pri nas so na voljo vsa zdravila, celo eno zdravilo več (pomaga krčenju srčne mišice) kot v ZDA. Opravljamo resinhronizacijsko zdravljenje z enakimi srčnimi spodbujevalci kot v svetu, presaditev matičnih celic, implantacija kratkoročnih podpornih sistemov, vsako leto pa se v Sloveniji opravi več kot 10 transplantacij srca (Koželj, 2011).

V celotnem postopku zdravljenja pa je zelo pomembno tudi delo medicinske sestre, ki mora ugotoviti pacientove potrebe po zdravstveni negi. V pomoč sta ji lahko dva zelo uporabna modela V. Henderson in D. Orem. Prvi model spremlja temeljne življenjske aktivnosti. Opozarja na vsa področja, kjer pacient potrebuje pomoč. Model D. Orem pa nas opominja, naj pacient naredi sam zase čim več, medicinska sestra naj ga pri tem spodbuja in mu pomaga le tam, kjer resnično potrebuje pomoč (Trobec, 2004). Lahko rečemo, da je zdravstvena vzgoja poleg dietne prehrane, zdravil in telesne dejavnosti eden glavnih delov zdravljenja. Zdravstvena vzgoja (ZV) je kontinuirano delo z ljudmi v vseh življenjskih obdobjih, ter v vseh stanjih zdravja oz. bolezni in je pomemben dejavnik pri oblikovanju človeškega odnosa do zdravja, načina življenja ter odnosa do okolja. Zato se mora zdravstvena vzgoja izvajati že na primarni ravni, ki je namenjena zdravemu prebivalstvu, kot tudi na sekundarni in ne na zadnje na terciarni ravni v bolnišnici (Hoyer, 2005a).

V bolnišnici naj jo izvaja strokovno usposobljeni tim, vanj pa naj bodo poleg pacienta, vključeni še svojci. Naloge medicinske sestre (MS) so predstaviti bolezen, vsebino lajšanja in odpravljanja simptomov srčnega popuščanja, seznaniti pacienta o dejavnikih tveganja in ukrepih za odpravljanje le-teh, pouči pacienta o pravilnem jemanju tablet, o telesni dejavnosti, pomenu pravilne prehrane, o krvnem tlaku, o pomenu vsakodnevnega tehtanja, in beleženju zaužite in izločene tekočine (Kladnik, 2007). Z dobro zdravstveno vzgojo pacient doseže primerno znanje, prepreči nastanek zapletov SP in pridobi občutek samostojnosti, varnosti in samozavesti, sprejme svojo bolezen kot življenjsko dejstvo, spozna dejstva svoje bolezni in si pridobi veščine, s katerimi jo uspešno obvladuje. Le dobro vzgojen pacient s srčnim popuščanjem bo dosegel takšno kakovost življenja, da mu bo omogočila zadovoljstvo (Šebaštjen, 2004). Pri načrtovanju zdravstvene vzgoje lahko pride do motečih dejavnikov na katere moramo biti pozorni: slab spomin pacienta, preveč strokovno izražanje osebja, strah, kulturne razlike, premalo motivacije s strani

pacientov (Boyde idr., 2009). Stopnje znanja pacientov s srčnim popuščanjem, ki jo navaja Paulova (2008) v svojem članku, prikazuje, da so pacienti, ki so bili v bolnišnici deležni izobraževanja o njihovi bolezni, načinu življenja, prehrani, v primerjavi s pacienti, ki tega izobraževanja niso imeli, v enakem času potrebovali 4 – krat manj obiskov pri osebem zdravniku, zmanjšale pa so se tudi ponovne hospitalizacije.

Zdravstvena nega in posledično zdravstvena vzgoja pacienta s srčnim popuščanjem se v času hospitalizacije nenehno spreminja in jo je potrebno individualno prilagajati. Poteka od akutne faze, ko je pacient popolnoma odvisen od pomoči drugih oseb in pripomočkov pri opravljanju življenjskih aktivnosti, do usposabljanja za samooskrbo (Ahec, 2000).

## **2 TEORETIČNI DEL**

### **2.1 SRČNO POPUŠČANJE**

Srčno popuščanje (SP) je stanje, v katerem je zaradi nepravilnosti srčnega delovanja minutni volumen premajhen za presnovne potrebe perifernih organov ali pa zadošča le za ceno povečanega polnitvenega tlaka. Večino znakov SP ugotovimo na drugih organih, redki pa se kažejo na samem srcu (Horvat, 1998). Spet drugi navajajo, da SP ni bolezen, temveč sindrom sestavljen iz kliničnih znakov in simptomov, ki so posledica pljučnega in sistemskega venskega zastoja, premajhnega pretoka krvi v tkivih in posledične prekomerne aktivacije živčno – hormonskega sistema (Ružič Medvešek, 1999; cit. po Bombek, 2000). Količina prečrpane krvi se zmanjša, zato se zniža tudi krvni tlak. S tem se poslabša krčljivost srčne mišice, utrip je pospešen, lahko nastanejo življenjske nevarne motnje srčnega ritma (Ružič Medvešek, 2007). Pacienti lahko več let živijo brez težav, ko pa bolezen okvari mišico do take mere, da le-ta ne zmore več prečrpati krvi iz telesa v pljuča in obratno, se začno pojavljati znaki srčnega popuščanja (Trobec, 2010).

Poznamo dva različna tipa pacientov s SP. Največ je pacientov s kroničnim SP, poznamo pa tudi akutno SP.

**Akutno:** je začaran krog dogodkov. Zmanjšana krčljivost miokarda, zmanjšan minutni volumen povzročita aktivacijo živčno – hormonskega sistema in prekomerno sproščanje kateholaminov. Povečana žilna upornost, ki sledi pa poveča ishemijo srčne mišice, nadaljnje poslabša levi prekat in vodi v nov krog poslabšanja.

**Kronično:** je resno in pogosto stanje, ki je povezano s slabo kakovostjo življenja in prognozo. Pogosta bolnišnična zdravljenja predstavljajo največji del stroškov v zvezi s srčnim popuščanjem (Dickstein, 2008).

Noč in Vrtovec (2005) navajata, da je lahko pri pacientih s kroničnim SP njihovo stanje leta in leta stabilno, ali pa se le počasi slabša. Pomembno je, da se zavedamo, da pri teh pacientih lahko pride do različne stopnje akutnega poslabšanja od blage oblike do pljučnega edema in/ali kardiogenega šoka.

### 2.1.1 Vzroki srčnega popuščanja

Vzroki SP so lahko v srcu ali izven srca (Radan in Podbregar, 2007). Vedno moramo opredeliti vzrok SP, ki je pogoj za vzročno zdravljenje. Le-to, če je pravočasno in pravilno, tudi najbolj učinkovito (Noč in Vrtovec, 2005). Najpogostejši vzroki, ki privedejo do srčnega popuščanja so miokardne ishemije (akutni miokardni infarkt), hipertrofija levega prekata (arterijska hipertenzija, aortna stenoza), drugi manj pogosti vzroki (miokarditis, perikarditis, akutna pljučna embolija, bolezni srčnih zaklopk) (Jalovec, Marinč in Satošek, 2010). Raziskava, ki so jo leta 2004 izvajali v SB Izola, pa je pokazala, da je bil najpogostejši vzrok hipertenzivna bolezen srca, ishemična bolezen srca, akutni srčni infarkt, pljučno srce (Vrtovec, Šebaštjen, Zupan in Bunc, 2005).

Za nastanek bolezni so pomembni tudi dejavniki tveganja, ki povečajo možnost nastanka bolezni, vendar niso dovolj, da bi sami povzročili SP. Razdelimo jih v tri skupine: Spremenljivi (sladkorna bolezen, debelost, kajenje, telesna dejavnost), nespremenljivi (afriška-ameriška rast, starost), potencialni (metabolni sindrom, alkohol, nespečnost) (Moser, Žaul, Letnnie in Kirkwood, 2008).

### 2.1.2 Klinični znaki in simptomi

Klinični sindrom SP opredeljujejo bolj ali manj značilni simptomi in znaki, ki so neposredna posledica zmanjšanje srčne zmogljivosti ali pa so odraz prilagoditev, ki ob odpovedovanju srca poskušajo vzdrževati ustrezen minutni volumen (Zaletel, 2000). Na SP opozarja veliko različnih znakov in težav. Od njihove izrazitosti je odvisno, kakšen vpliv bo imelo SP na življenje. Težave so lahko neznatne, lahko pa bodo otežena že povsem enostavna vsakodnevna opravila (Horvat in Ploj, 1998).

Med prvimi znaki se pokaže zmanjšana telesna zmogljivost, kratka sapa (zaradi nabiranje tekočine v pljučih) in hitrejša utrujenost (Koražija, 2004). Zaradi majhnega minutnega volumna srca v mirovanju, se ponavadi kažejo kot pomanjkanje energije in utrujenost (Nohria, Lewis in Warner Stevenson, 2002). Pacienti z akutnim SP so tahipnoični, običajno sedijo ali pa ležijo z višjim vzglavjem, lovijo zrak, so prestrašeni in se močno potijo. Lahko postanejo agitirani, kar je posledica hipoksije in hiperkapnije (Bombek, 2000; Bombek in Ujčič Navotnik, 2002). Pehnc (2000) navaja še naslednje klinične znake: otropneja – pojav oteženega dihanja kadar

pacient leži in se zmanjša, če sede in vstane, paroksizmalna nočna dispnea, pljučni edem, periferni edemi, plevralni izliv in ascites, zmedenost, spominske motnje. Dolgotrajna srčna oslabeledost pa lahko povzroči srčno kaheksijo, zmanjšanje, spremembo in delovanje skeletnih mišic, izgubo mišične mase in zmogljivosti.

Klinične znake razdelimo tudi glede na stran popuščanje srca:

Levostransko srčno popuščanje: bledica kože, dispnea, hladen znoj, utrujenost, periferna cianoza; Desnostransko srčno popuščanje: nabrekle vratne vene, periferni edemi sp. okončin, anasarka, oligurija; Obojestransko srčno popuščanje: kombinacija vseh zgoraj navedenih znakov (Vrtovec, 2010).

Na osnovi simptomov in ob potrjeni diagnozi paciente razvrstimo v razrede. Obstajata dva sistema. Klasifikacija American Heart Association/American College of Cardiologists (AHA/ACC) se predvsem uporablja pri napredovalem SP, medtem ko New York Heart Association (NYHA) temelji na deležu napora, ki pri pacientu sproži težave. Oba sistema se dopolnjujeta, vendar se pri nas v Sloveniji, natančneje v UKC Ljubljana uporablja predvsem slednja.

**Tabela 1: Klasifikacija srčnega popuščanja New York Heart Association.**

NYHA razred I	Brez omejitev telesne dejavnosti, normalni telesni napor ne povzročajo prekomerne utrujenosti ali težav z dihanjem. V mirovanju ni težav.
NYHA razred II	Blaga omejitve telesne dejavnosti, normalni telesni napor povzročajo prekomerno zadihanost in utrujenost. V mirovanju ni težav.
NYHA razred III	Pomembna omejitve telesne dejavnosti, že minimalni napor povzročajo hitro utrujenost in prekomerno zadihanost. V mirovanju ni težav.
NYHA razred IV	Težave z dihanjem se pojavljajo že v mirovanju in se okrepijo že pri minimalni telesni dejavnosti

Vir: Vrtovec in Hunt (2008).

### 2.1.3 Zdravljenje srčnega popuščanja

Smernice zdravljenje SP so usmerjene predvsem k izboljšanju kakovosti življenja, zmanjšanju bolnišničnih zdravljenj, predvsem pa k izboljšanju preživetja pacientov (Ružič – Medvešek, 2007). Pomembna stvar, ki jo pacient lahko naredi je, da izboljša svoj življenjski slog (zmanjšanje uživanje alkohola, prenehanje kajenja, povečanje telesne dejavnosti, sprememba prehrane, zmanjšan vnos soli, povečanje imunosti cepljenjem (NICE, 2003; cit. po Butler, 2010).

Kljub temu, da je zdravljenje s priporočeno shemo zdravil (diuretiki, digoksin, zaviralci ACE, zaviralci receptorjev beta) uspešno pri večini pacientov s SP, delež pacientov še vedno doseže napredovalo stopnjo bolezni, ki je povezana z veliko obolevnostjo in umrljivostjo (Kannel in Belanger, 1991; cit. po Vrtovec, Šebaštjen, Zupan, Bunc, 2005).

Načini zdravljenja za lajšanje simptomov in dolgoročno stabilnost so tudi obiski na domu, ambulantni obiski, načrtovani telefonski pogovori (Grady, Dracup in Kennedy, 2000).

#### Nefarmakološki ukrepi

Na uspešno zdravljenje v veliki meri vplivajo nefarmakološki ukrepi, zato je potrebno izobraževanje pacientov o bolezni, načinu življenja in pomembnosti zdravljenja (Keber, 2001). Nacionalno angleško združenje za SP je ugotovilo, da pacienti sami vplivajo na potek zdravljenja s tem, da odkrivajo simptome bolezni in ukrepajo, ter tako izboljšujejo kakovost življenja (Butler, 2010). Dva izmed pomembnih ukrepov sta tudi učenje in zdravstvena vzgoja. Pacientu moramo razložiti naravo, vzroke njegove bolezni, naučiti ga prepoznati simptome poslabšanja bolezni in ukrepanja ob njih (Šebaštjen, 2004).

#### Farmakološko zdravljenje

Z zdravili odstranjujemo težave, preprečujemo napredovanje srčnega popuščanja, izboljšamo kakovost življenja in podaljšamo preživetje. Diuretiki pospešujejo izločanje vode iz telesa, glikozidi digitalisa izboljšajo črpalno moč srca, ACE zaviralci podaljšajo preživetje pacientov in zaščitijo srčno mišico pred nadaljnjo

okvaro. Zdravljenje z zdravili, ki zahtevajo bolnišnično oskrbo: ta zdravila so Dobutamin, vazodilatatorji, Levosimendan (Pogljajen idr., 2008).

Srčno popuščanje pogosto spremljajo motnje prevajanja dražljaja za krčenje miokarda (tako imenovani bloki). Srce se krči disinhrono in to dodatno zmanjša sposobnost črpanja krvi. Cardiac resynchronization therapy (CRT) je poseben spodbujevalnik s katerim dosežemo ponovno usklajeno in učinkovitejše krčenje srčne mišice in s tem popravimo tudi simptome srčnega popuščanja. Za to obliko zdravljenja se odločajo le pri pacientih z značilnimi spremembami v elektrokardiogramu (Frazier in Kirklin, 2007).

Zdravljenje s krvotvornimi matičnimi celicami. Matične celice so nezrele primitivne celice, ki imajo velik potencial samoobnavljanja, diferenciacije in plastičnosti. Njihova plastičnost jim omogoča, da lahko razvijejo več 200 vrst celic. Nahajajo se v različnih tkivih, kjer mirujejo in so shranjene dokler se v telesu ne pojavi poškodba. Ob poškodbi reagirajo in zamenjajo stare oz. poškodovane celice tkiv, organov. Pomemben vidik je, da pacientu vsadimo njemu lastne celice (Strbad in Rožman, 2005).

Zdravljenje z mehansko cirkulatorno podporo – VAD (Ventricular assist device). Za VAD se odločajo pri pacientih z zelo napredovalim srčnim popuščanjem, pri katerih je delovanje srca odvisno od intravenskih zdravil in pri katerih presaditev srca v tistem trenutku ni mogoča (Zupan, 2007). Osnovno načelo je, da prečrpava kri iz pešajočega levega prekata v aorto. S tem razbremenimo srce, hkrati pa zagotovimo izboljšano prekrvavitev organov, tkiv v telesu. Za takšen način zdravljenja je potreben kirurški poseg (Radovančević, 2007).

Presaditev srca je zadnja in edino možnost, ki sledi vsem prej naštetim možnostim zdravljenja. Za metodo se odločijo, ko izčrpajo vse ostale možnosti zdravljenja. Pred uvrstitvijo na listo čakajočih za presaditev je potrebno opraviti vrsto preiskav s katerimi se natančno opredeli stopnja srčnega popuščanja, stopnjo nujnosti, preveri se prizadetost ostalih organov in prepozna se boleznin stanja zaradi katerih

presaditev ni mogoča. Od leta 1990, ko se je v Sloveniji pričel program presaditve srca, je bilo do konca leta 2010 opravljenih 93 presaditev srca (Vrtovec, 2010).

## **2.2 ZDRAVSTVENA VZGOJA**

### **2.2.1 Definicija zdravstvene vzgoje**

Zdravstvena vzgoja (ZV) je del splošne vzgoje in pomemben dejavnik napredka posameznika in skupnosti. Lahko rečemo, da je ZV tudi odraz splošne izobrazbe posameznika ter celotnega naroda (Hoyer, 2005a).

V našem prostoru se je najbolj uveljavila definicija, ki pravi, da je ZV proces učenja z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad, oblik obnašanja in ne le znanja o zdravem načinu življenja. Je pomoč ljudem, da podane informacije razumejo, razjasnijo svoja stališča ali oblikujejo nova; se naučijo in spoštujejo nove vrednote in so pripravljeni na spopad z nekaterimi zdravju škodljivimi razvadami (Zver, 2000).

Spada v delovno področje javnega zdravstva, je metoda dela v preventivni medicini in tudi v zdravstvenih strokah, ki se razvijajo: zdravstvena nega, fizioterapija, delovna terapija, sanitarno inženirstvo. Je disciplina, ki jo opredeljujejo cilji, načela, vsebine, metode, sredstva, kadri, organizacija dela in raziskovalno delo. Pomembno je, da je stalen proces in se ne omejuje na posamezne akcije. Močno pa je povezana tudi z drugimi znanostmi (Hoyer, 2005a).

Definicij ZV je več, vendar je vsem skupno poudarjanje procesa učenja z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad, oblik obnašanj (Hoyer, 2005).

Za učinkovito ZV delo pacientov s srčnim popuščanjem (SP) je pomembno, da medicinska sestra (MS) zna izbrati prave andragoške – didaktične pristope. Ličen (2006) navaja, da andragogika kot znanstvena disciplina raziskuje izobraževanje odraslih kot internacionalno dejavnost in učenje odraslih kot priložnostno, izkušnjsko učenje. Reischman (2004; cit. po Govekar – Okoliš in Ličen, 2008) ugotavlja, da danes obstajajo trije načini razumevanja: andragogika je veda o razumevanju (teorija), spodbujanju (praksa), vseživljenjskega (lifelong) in širše



(lifewide) izobraževanje odraslih. Označuje sklop teoretičnega in praktičnega razumevanja, ki temelji na humanističnem konceptu samousmerjanja in neodvisnosti učiteljev in učencev odraslih, ter na spodbujanju samostojnega učenja.

Didaktika je grškega izvora. V njem se steka vrsta pojmov, kot so: didactos (učljiv), didaskaleion (šola, razred), didaskein (učiti, poučevati), didaskalos (učitelj/ica) (Blažič, Ivanuša – Germek, Kramar in Strmičnik, 2003). Njena naloga je ponuditi učiteljem (MS) in učencem (pacientom) praktične smernice z ravnanje pri poučevanju in učenju. Didaktika se ukvarja z naslednjimi vprašanji; kdo se uči, od koga, kdaj, s kom, kje, kako, s čim in zakaj se uči. Na vsa ta vprašanja si mora odgovoriti MS, preden se loti učenja/poučevanja pacienta s SP (Jank in Meyer, 2006).

Cilji pacientove vzgoje je pomagati mu pri doseganju najboljše ravni zdravja pri osebostnem, družinskem in družbenem razvoju. Pri vsakodnevni skrbi za zdravje pacienti vedo več o zdravju in želijo niti vključeni v zdravstveno oskrbo (Potter in Griffin, 2003).

Vsaka kronična bolezen zahteva od posameznika določeno prilagoditev na različnih področjih življenja in sicer z osnovnim namenom, da bi se učinkovito spoprijel z zahtevami boleznimi in zdravljenja (Simonič, 2008).

### 2.2.2 Primarna, sekundarna in terciarna raven

Na primarni ravni je ZV namenjena zdravemu prebivalstvu. Njena naloga je obveščati ljudi o dejavnosti, ki ogrožajo zdravje in so značilni za določen prostor in čas. Na tej ravni se uporablja sredstva množičnega obveščanja, ki zajema določen krog ljudi. Z ZV želimo doseči ravnanja, ki krepijo zdravje in preprečujejo zbolevanje. Želimo čim višjo stopnjo zainteresiranosti, motivacije in odgovornosti za lastno zdravje.

Na sekundarni ravni želimo doseči boljše poznavanje boleznimi, razviti samoopazovanje, ter pravilno – pravočasno ukrepanje pri poslabšanjih. Opozaranja na nevarnosti za zdravje, ki izhajajo iz delovnega okolja in življenjskega sloga. Opozarjamo na prve znake obolenja in jih tako pripravimo na pravočasno, pravilno ukrepanje. Nosilci te dejavnosti so šola za starše, dispanzerji, patronažna služba,

zdravstvene ustanove. Ciljna literatura z razumljivimi in ne preobsežnimi informacijami.

Terciarna preventiva je usmerjena k pacientu, ki je hospitaliziran in ima razvite kronične zaplete. Tu je pomembna pomoč pacientu, da bo sprejel in živel z boleznijo oz. da se pacient pripravi na nov način življenja. Gre za ukrepe za zmanjševanje ali odpravljanje dolgotrajnih okvar ali nesposobnosti, za učinkovito lajšanje trpljenja, ter za izboljšanje pacientove prilagodljivosti na zanj nezadovoljiva stanja (Hoyer, 2005).

### **2.3 ZDRAVSTVENA VZGOJA PACIENTA S SRČNIM POPUŠČANJEM V BOLNIŠNICI**

Srčno popuščanje (SP) je bolezen, ki jo je mogoče zdraviti, vendar ne ozdraviti. Pacienti so večinoma starejši, s sočasnimi boleznimi (Bobnar, 2006).

Srčno popuščanje postaja bolezen sodobnega časa, predvsem zaradi staranja prebivalstva in porasta kroničnih koronarnih pacientov. Pogostost SP se giblje med 3 in 20/1000 prebivalcev in s starostjo strmo narašča na 80 – 160/1000 prebivalcev v starosti nad 75 let (Sharpe, 1998; cit. po Lainščak, 2003).

Njej potek lahko omilimo in upočasnimo z načrtovano ZV pacientov in njihovih svojcev v bolnišnici, ambulantah in domačem okolju.

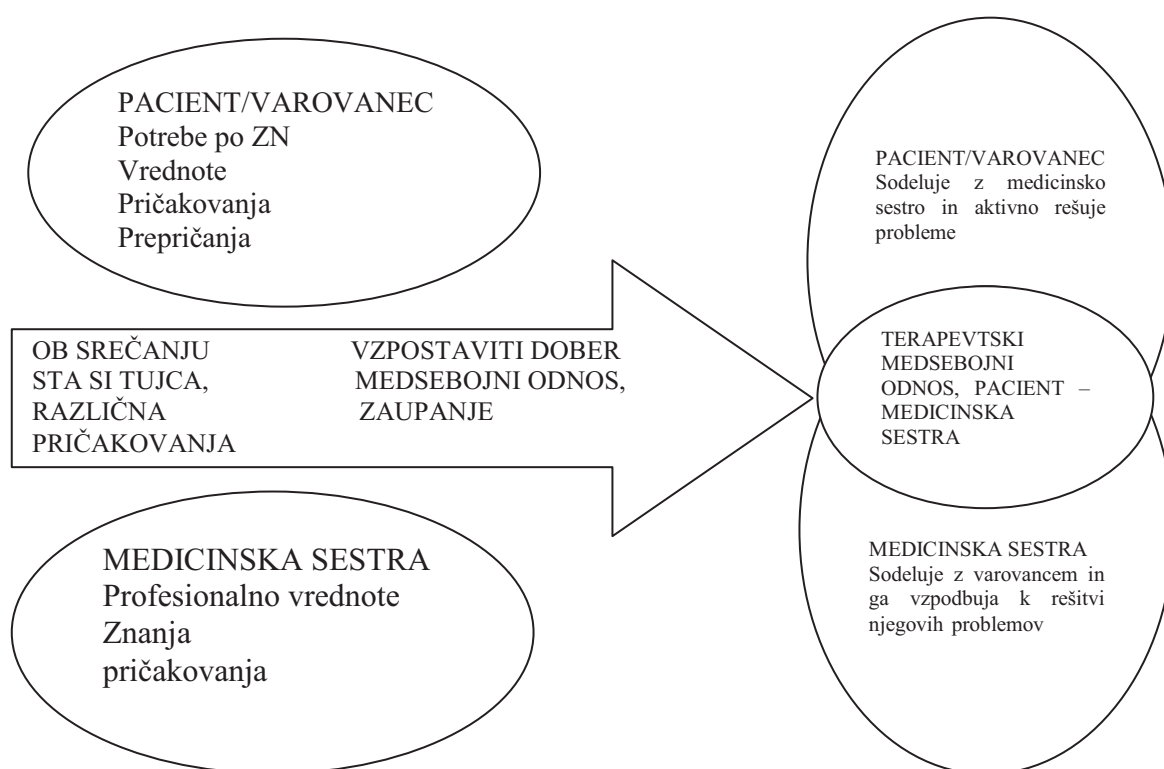
Za pomoč pacientom in svojcem razumeti in izvršiti predpisan način zdravljenja, ter izboljšati kakovost življenja je zelo pomembna zdravstvena vzgoja.

Potreben je strokovno usposobljen tim in to multidisciplinaren tim; medicinska sestra (koordinator), zdravnik – kardiolog, dietetik, klinični farmacevt, socialni delavec, fizioterapija, patronaža (Washburn in Hornberger, 2008). Številni avtorji navajajo, da so njihove raziskave, ki temeljijo na opazovanju randomiziranih poskusih pokazale, da multidisciplinaren pristop pri zdravstveni negi in vzgoji prinašata določene ugodnosti. Te ugodnosti zmanjšajo število in pogostost hospitalizacij in celotne stroške zdravstvene oskrbe (Albert in Yanna, 2001; Carlson, Riegel, Moser; 2001; Leider; 1998; Phibin, 1999; Rich, 1999). Spet druge raziskave pa so pokazale, da je kakovost življenja pacienta s SP izboljšana in da je njihovo zadovoljstvo večje (Cunningham in Meyer, 2002).

Pa vendar je MS še vedno tista, ki preživi največ časa s pacientom. Prevzema vlogo negovalke, terapevtke, vzgojiteljice, zagovornice in raziskovalke (Trampuš, 2005).

Kutzleb in Reiner (2006) sta ocenila vpliv MS, pristopa k pacientu s poudarkom na spremembi načina življenja, prehrane, jemanja zdravil, ki je pokazala, da ima MS velik vpliv na pacientovo zdravje, psihično in duhovno plat, socialno življenje, vendar pa ni vplivala na funkcionalne sposobnosti.

Za dober začetek procesa morata MS in pacient vzpostaviti oz. razviti medosebni odnos, ki temelji na zaupanju.



**Slika 1:** Razvoj medosebnega odnosa med MS in pacientom/ varovancem

Vir: Ramšak Pajk, 2000 cit. Po H. Peplau, 1952.

Poleg dobrega medosebnega odnosa, moramo ugotoviti tudi predznanje pacienta o bolezni, o njegovem načinu življenja, poznavanju ukrepov. Pacientov deficit ugotavljamo s pogovorom, opazovanjem, iz dokumentacije, od svojcev. Vsak odrasel, ki vstopa v učno – vzgojni proces ima že neko predznanje. Govekar – Okoliš in Ličen (2008), navajata, da je odraslim pomembno prikazati novo znanje, tako, da jih ne zmedemo in da lahko prenesejo znanje v vsakdanje življenje.

Uči naj se tako pacient kot tudi njegovi bližnji. Pri časovni opredelitvi moramo najprej upoštevati zdravstveno stanje, ter individualne potrebe pacienta. Nikakor nima smisla začeti z ZV takoj v akutni fazi, nikoli pa ne čakamo na zadnji dan hospitalizacije, saj je pacientovo dožemanje manjše, ker je v pričakovanju odhoda. ZV je potrebno začeti takoj, ko mu to dovoljuje njegovo zdravstveno stanje.

Pri časovni opredelitvi je potrebno upoštevati tudi zaporedje določenih vsebin kot so od preprostega k celostnemu, od znanega k neznanemu (Kvas, 2011).

Pacient se lahko uči sam, lahko pa tudi skupaj z ostalimi pacienti ali pa s sorodniki in prijatelji. Primerno učno okolje je pomembno. Paziti moramo, da se ZV izvaja v prostorih kjer ni motečih dejavnikov (aparature, telefon, nenehno vstopanje v prostor). Nikoli je ne izvajamo na hodniku, čakalnici, dnevnem prostoru. Prostor naj bo osvetljen, naj ima naravno svetlobo, mora biti dovolj topel, zračen, opremljen za učenje (Govekar Okoliš in Ličen 2008).

Pomembna je tudi izbira učnih oblik, zlasti takšne, ki omogočajo samostojno delo in pridobivanje novega znanja, spretnosti in veščin. Od učnih oblik se izogibajmo predavanjem (pacient je v pasivni vlogi). Izbirajmo metode, ki zahtevajo od pacienta aktivno vlogo.

Pri učnih pripomočkih uporabljamo plakate, modele, konkretne izdelke, tablo, stojala s papirji. (npr; jogurt z manj maščobe, škatlica z zdravili, nikotinski obliži), knjige, brošure in zloženke (Konstam idr.,1994; cit. po Washburn, Hornberger, Ketman in Skinner, 2005).

Di Salvo in Warner Stevenson (2003) navajata, da je treba pacienta in njihove svojce naučiti vse o prognozi bolezni, načinu zdravljenja, zdravilih, dieti, stopnji telesne dejavnosti ter o ukrepih ob akutnem poslabšanju.

Pacientom in svojcem je potrebno razložiti zakaj je potrebno, da osvojijo določeno znanje, spretnosti in veščine v zvezi z boleznijo. Vedeti morajo, da jim bo to znanje izboljšalo kakovost življenja, izboljšalo počutje, omogočilo samostojno izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti, dvignilo samopodobo in samospoštovanje (Jank in Meyer, 2006).

Raziskave kažejo, da pacienti s SP še vedno slabo poznajo svojo bolezen, 49% jih ve nekaj o svoji bolezni, 37% pa svojo bolezen poznajo zelo slabo oz. skoraj nič (Anderson in Deepak, 2005).

Če pacient ne bo primerno poučen je nerealistično pričakovati od njega, da bo sposoben samooskrbe (Washburn in Hornberger, 2008). Bistveno je, da MS zagotovi pacientu celovite, točne in praktične informacije, ki jim omogočajo, da na koncu sami upravljajo z boleznijo (Grady idr., 2000).

### 2.3.1 Zdravstveno vzgojne naloge medicinske sestre v bolnišnici

#### **Lajšanje in odpravljanje simptomov**

Na SP opozarja veliko različnih znakov in težav. Od same izrazitosti pa je odvisno kako bo to vplivalo na življenje. SP redko nastopi nenadno, pogosto se pokaže z bolj ali manj opaznimi znamenji. Pred tem še z rezervnimi močmi ohranja normalen krvni obtok, ko zmanjka teh moči, začne pešati, popuščati in navsezadnje odpove.

#### Znaki na katere mora biti pacient pozoren:

Težka sapa v začetku pri večjem telesnem naporu, kasneje pa tudi pri manjšem. Na poslabšanje kaže tudi oteženo dihanje v ležečem položaju, ki lahko postane ostro, lahko se sliši tudi piskanje (Keber, 2005). Če oteženo dihanje ne pojenja niti pri sedenju, niti pri dotoku svežega zraka je življenje lahko ogroženo, zato je potrebna zdravniška pomoč. Včasih so vidne otekline (edemi). Najprej se pojavijo na nogah, med spanjem izginejo, tekom dneva se ponovno pojavijo. Velikokrat pride do tega, da otekline nastanejo v trebuhu in stegnih, tekočina se začne nabirati v prsni in trebušni votlini. Otekline so simetrične. Veliko ljudi opazi, da hodi manj na vodo (Jerše, 1997).

Bitje srca pogosto postane neredno. Koža postane bleda, modrikasta, zaradi neustrezne prekrvavitve, ki je posledica oteženega dihanja - površno, pospešeno. Zaradi spremenjene vrednosti plinov v krvi se lahko pojavi zmedenost, zaspanost, utrujenost (Janša – Trontelj, 2004).

#### **Dejavniki tveganja in ukrepi za odpravljanje**

##### **KAJENJE**

Kajenje zelo slabo vpliva na zdravje ljudi. Približno polovica smrti, povezanih s kajenjem je posledica bolezni srca in ožilja in med njima 2/3 koronarne bolezni. 30 do 40% vseh smrti zaradi koronarne bolezni je moč pripisati kajenju cigaret.

Prenehanje kajenja je dolgotrajen in zapleten proces, ki ga je potrebo prilagoditi vsakemu posamezniku, njegovemu stanju in stopnji odvajanja. Tako je tudi pri pacientih s SP, ki jim priporočamo uporabo nikotinskih obližev, v osnovnem zdravstvu, pod okriljem CINDI Slovenije pa potekajo aktivnosti za odvajanje v obliki svetovanja, šole za opuščanje kajenja (Acceto, Mramor, Bulc, Čekš, Čebašek – Travnik, 1998).

## ALKOHOL

Obstaja dokazana povezanost glede telesnih okvar in čezmernim pitjem alkohola – jetrna ciroza, rak na jetrih, ustni votlini, koronarna obolenja. Pitje alkohola je povezano s povečanim tveganjem za možgansko kap, arterijsko hipertenzijo in kongestivno kardiomiopatijo (Acceto idr., 1998).

Veliko truda je potrebno, toda vztrajanje prinese pozitivne spremembe. Obstajajo skupine anonimnih alkoholikov, kjer si pomagajo tisti, ki so sami prenehali piti in pri tem vztrajajo. Pomoč pa nudijo tudi skupine, ki skrbijo za zdrav način življenja.

## **Pravilna, zdrava in uravnotežena prehrana**

Ameriško združenje za prehrano (1996; cit. po Lavrinec, 2008) navaja, da so energijske potrebe pri pacientih s SP v povprečju 20 – 30% višje.

Glede na laboratorijske izvide in počutje pacienta, ter v dogovoru s kardiologom, MS in dietetikom v bolnišnici pripravijo individualni dietni načrt za pacienta (Prelec Lainščak, 2007).

Največkrat imajo hipokalorično dieto, neslana ni potrebna (Ružič, 2001). Priporočeno je uživanje balastnih snovi, ki spodbujajo peristaltiko. Potrebno je poskrbeti za redno odvajanje blata, ker v nasprotni smeti težko in neredno odvajanje je lahko dodatna obremenitev za srce (Escott – Stump, 2008).

Izogibajo naj se mastnemu mesu, suhomesnatim živilom, slanim živilom (siri), drobovini, polnomastnemu mleku, majonezam, margarinam, paštetam (Strašek, 2005).

Pri posameznih obrokih je potrebo paziti, da je hrana uravnotežena (pravilna sestava, priprava hrane in pravilen način prehranjevanja), da sestoji iz pravih živil in je enakomerno razporejena čez dan (Ivančič, 2001).

Omejitev soli je koristen dodatek k zdravljenju. Sol v hrani je potrebno omejiti na 1,5 do 3g natrija dnevno. Namesto soli naj pacient uporablja začimbe, zelišča in limonin sok. Na nesoljeno hrano se človek navadi v 2 – 3 mesecih (Bloch, 2007).

### **Pomen bilance tekočin**

Pogosti so primeri ko je potrebna omejitev vnosa tekočin do 2000 ml ali celo samo 1000ml/dan (Benedich, 2009). Priporoča se pitje manjših količin po požirkih, tako, da občutek žeje mine, ustna sluznica ni izsušena. Za zmanjšanje tega občutka lahko pacient žveči žvečilni gumi, ali sesa ledene kocke. Priporoča se pitje čajev, vode in naravnih sokov, odsvetuje pa se pitje gaziranih pijač. Presežek tekočine v telesu se pri pacientih s SP kaže z oligurijo (zmanjšana količina urina v 24urah) in prisotnostjo edemov (Janša – Trontelj, 2004). Ob zastoju tekočine v telesu in povečanje telesne teže naj bi pacienti poskrbeli za zmanjšan vnos soli in tekočin, ter dodatek diuretika (Escott – Stump, 2008).

Zelo pomembno je vsakodnevno tehtanje pacienta, da se lažje oceni tekočinsko stanje. Pacient naj se tehta vedno na isti tehtnici, vsak dan ob enakem času, z enako obleko, pred zajtrkom in po uriniranju. Pri tehtanju pomeni 1kg pridobljene telesne teže v 1 dnevu, 1 liter tekočine nekje v telesu. Glede na nihanje si pacient lahko sam odmerja diuretik. Za lažjo oceno zaužitih in izločenih tekočin, lahko vodi dnevnik (Hvala, 2006).

Raziskava, ki jo omenjata Anderson in Deepak (2005) govori, da približno 80% pacientov ve, da morajo omejiti dnevni vnos tekočine, vendar pa 40% priznava da se ne tehta vsak dan, celo 14% od tega ne ve zakaj je redno tehtanje pomembno.

### **Telesna dejavnost**

Pacienti s SP so mnenja, da ne bodo mogli opravljati nobenih fizičnih del, počutijo se nekoristne. Potrebno se je izogibati del, kjer je možnost poškodbe večja in težkih fizičnih opravil. Omejiti je potrebno tudi napore pri poslabšanjih. Po izboljšanju pa postopoma lahko povečujejo obremenitve do določene stopnje, ki je glede na ocenjeno počutje pacienta predlaga zdravnik (Koražija, 2004). Ležanje v postelji je potrebno samo pri najtežjih pacientih za premostitev težke oslabelosti srca (Pehnc, 2000).



Raziskave zadnjih let so pokazale, da dolgotrajna telesna nedejavnost in mirovanje poslabšujeta že tako okrnjeno telesno zmogljivost (Keber, 1998). Redna telesna vadba velja za obetajoč način zdravljenja SP (Keber, 2005). V eni od raziskav so ugotovili, da so pacienti, ki so obiskovali telovadbo in se učili relaksacije tako zmanjšali anksioznost, dispnejo, duševno stisko in utrujenost (Simonič, 2008). Že v bolnišnici MS spodbuja pacienta k samostojnem spreminjanju položaja in gibanja v postelji, udoben položaj. Povezava s fizioterapijo, telesne vaje pa ohranijo kondicijo (Kisner, Rozman in Pernat, 2001). Priporočljive vadbene za doma so: vaje za vzdržljivost, dihalne vaje, sprehodi, sobno kolo (Koražija, 2004).

### **Redno jemanje zdravil**

Z rednim jemanjem zdravil se prepreči poslabšanje bolezni, doseže boljši učinek zdravila. Predpisana zdravila pomagajo obolelemu srcu, lajšajo simptome bolezni in izboljšujejo kakovost življenja. Pacient mora upoštevati zdravnikova navodila, da pozna vsa zdravila in da je pozoren na stranske učinke (Lavrečič, Gužič – Salobir, 2005).

Najpogostejše zdravilo je diuretik, ki naj ga vzame zjutraj na tešče in se za eno ali dve uri vrne v posteljo. To zdravilo začne delovati po eni uri, deluje pa 6 – 8 ur. Če se telesna teža poveča za več kot en kg v 24 urah in pacient težje diha, to ne pomeni, da se je zredil, ker je užival preveč kalorično hrano, ampak da je prišlo do zastoja tekočine v telesu. V tem primeru lahko sam poveča odmerek diuretika. Poznati pa mora tudi vsa ostala zdravila in jih vsak dan redno jemati kot je predpisano - beta blokatorji, antihipertenzivi, statini, digitalisi (Janša – Trontelj, 2004).

### **Pomen merjenja krvnega tlaka**

Današnje stališče je, naj bo zgornji sistolični krvni tlak (idealni) 120 mmHg, spodnji pa 80 mmHg. Ljudje pa žal ne morejo vedno obdržati optimalnega krvnega tlaka, zato je bil uveden dodatni pojem normalni krvni tlak, ki mora biti pod 130/80 mm Hg (Jerše, 2004).

Krvni tlak merimo z živosrebrnim sfingomanometrom, aneroidnim, avskultacijskimi ali oscilometričnimi polavtomatskimi ali avtomatskimi merilniki. Priporočamo merilnike na nadlahti, ki so bili uspešno preverjeni z uveljavljenimi neodvisnimi



protokoli. MS mora naučiti pacienta pravilnega rokovanja z merilniki, pravega načina merjenja, posredovati mu mora da krvni tlak niha in se spreminja zaradi različnih vzrokov (bolečina, kajenje, govorjenje). Najvišji tlak je zjutraj, podnevi je nižji kot zvečer, ko se zniža, med spanjem pa je najnižji v celem dnevu (Dolenec, 2009).

### **Cepljenje**

Preventiva je zelo pomembna v vseh življenjskih obdobjih in del tovrstnih ukrepov je tudi cepljenje, ki pripomore k ohranjanju dobrega zdravja. Pri starejših osebah in kroničnih pacientih se še posebej priporoča cepljenje proti gripi, pnevmokokni pljučnici in tetanusu. Za paciente s SP je vsaka dodatna bolezen škodljiva in poslabša osnovno bolezen, zato se je potrebno izogibati infektom. (Vlada Republike Slovenije. Pandemska gripa – cepljenje, 2009).

Kvalitetno življenje s kronično boleznijo pogosto zahteva velike življenjske spremembe in prilagoditve. Ljudje smo si različni in vsak od nas se na spremembe odziva drugače. Pomembno je, da se medicinska sestra prepriča, da pacienti in njihove družine razumejo prognozo, zdravljenje, dietne omejitve, telesne aktivnosti, znake in simptome poslabšanja (Paul, 2008). Izobraževanje pacientov je sestavljeno iz več korakov: ocena znanja pacienta, sposobnosti učenja, stil učenja, kognitivne ravni in motivacija. Občasno nastanejo tudi ovire, ki privedejo do tega, da pacienti ne razumejo, kaj jim zdravstveno osebje želi povedati oz. jih naučiti. Zdravstveni strokovnjaki pogosto govorijo v strokovnem jeziku, kar pri pacientih privede do nelagodja, nerazumevanja in izgube zaupanja. Prekratek čas, ki ga osebje nameni pacientu, kognitivne motnje (slab spomin), strah, kulturne razlike, premalo motivacije s strani pacienta (Boyde idr., 2009).

#### **2.3.2 Zdravstvena vzgoja pacienta s srčnim popuščanjem v domačem okolju**

Po odpustu iz bolnišnice pacient potrebuje oskrbo na domu. Potrebuje podporo svojcev in zdravstvenih služb. Poudariti moramo, da je patronažna medicinska sestra pri spremljanju pacienta s srčnim popuščanjem na domu zelo pomembna, ker spremlja njegovo stanje in je tista, ki lahko prva opazi, da ima pacient težave (Žagar,

2010). V raziskavi, z naslovom Stopnje znanja pacientov s srčnim popuščanjem, ki jo navaja Paulova (2008) v svojem članku, je bilo prikazano, da so pacienti, ki so bili v bolnišnici deležni izobraževanja o svoji bolezni, načinu življenja, prehrani, v primerjavi s pacienti, ki tega izobraževanja niso imeli, v enakem času potrebovali 4 – krat manj obiskov pri osebem zdravniku, zmanjšale pa so se tudi ponovne hospitalizacije. V ambulantni dejavnosti se spremlja paciente in njihovo zdravstveno stanje. Poleg osebnih podatkov, meritev vitalnih funkcij, EKG, se naredi ocena trenutnega počutja, motiviranosti pacienta in samovodenja bolezni. Na podlagi te ocene se naredi skupni načrt za obvladovanje bolezni oz. izboljšanja stanja (Kladnik, 2012).

## **2.4 SEZNANJENOST PACIENTOV S SVOJO BOLEZNIJO**

Pacient v 21. stoletju želi pri odločanju o svojem zdravju občutek avtonomnosti, participacije, in do neke mere neodvisnost. Današnja vloga zdravnika je spodbujanje pacientov v dodatno informiranje o zdravju, svetovanje glede virov informiranja. Danes imajo pacienti resnično večjo željo po informiranju in komunikaciji, vendar ne pri prevzemanju odgovornosti pri sprejemanju odločitve o zdravljenju. V veliki meri se pacienti poleg literature iz knjig poslužujejo tudi bolj sodobnih tehnik, kot so npr. internet. Slovenska raziskava, ki jo je izvajal RIS (Raba interneta v Sloveniji), z naslovom e-Zdravje in e-Farmacija, ki je potekala leta 2009 je prikazala, da se 50% anketiranih po začetne informacije o bolezni obrne na zdravnika, drugi najpogostejši vir informacij predstavlja internet v 21%, vse ostalo pa je literatura v obliki knjig, različnih letakov, najbolj iščejo informacije akutni in kronični pacienti med 30 – 50 let (Vehovar, Travar in Kogovšek, 2009).

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen raziskave je pridobiti podatke o poznavanju bolezni s strani pacientov s srčnim popuščanjem, ki so hospitalizirani v UKC Ljubljana na KO za kardiologijo.

Cilji:

- ugotoviti, kako dobro pacienti s srčnim popuščanjem poznajo bolezen in dejavnike tveganja, ki jih ogrožajo,
- ugotoviti kakšne so življenjske navade pacientov s srčnim popuščanjem
- ugotoviti, na kakšen način pridobivajo informacije o svoji bolezni.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali hospitalizirani pacienti s srčnim popuščanjem poznajo svojo bolezen in dejavnike tveganja, ki jih ogrožajo?
- Kakšne so življenjske navade pacientov s srčnim popuščanjem?
- Ali so pacienti zadovoljni s prejetimi informacijami v bolnišnici in kje iščejo informacije o svoji bolezni?

#### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

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

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Za potrebe analize in pregleda literature so bili zbrani viri s pomočjo strokovne domače in tuje literature. Literaturo smo zbirali preko podatkovnih zbirk, kot so Cobiss, Pub Med, Cinahl in podatkovnih baz Združenje kardiologov Slovenije, American Heart Association s pomočjo ključnih besed: zdravstvena vzgoja, zdravstvena nega heart failue, health education. Podatki so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom in analizirani s pomočjo programa SPSS, verzija 18.0.

### 3.3.2 Opis instrumentarija

Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen na osnovi pregleda literature in izkušenj dela s pacienti s srčnim popuščanjem. Za sestavo vprašalnika nam je bila v pomoč literatura avtorjev; Poglajen in Andročec (2011), Smogavc (2009) in Vehovar idr. (2009). Vprašalnik vsebuje 23 vprašanj, ki so razdeljena v tri sklope: kako dobro pacienti poznajo bolezen srčno popuščanje, kakšne imajo življenjske navade in ali so zadovoljni s prejetjem informacij v bolnišnici, kje iščejo informacije o svoji bolezni. Na začetku so vprašanja o demografskih podatkih, v nadaljevanju sledijo vprašanja o seznanjenosti z diagnozo, dejavniki tveganja, načinu življenja, prejemanju informacij o bolezni s strani medicinske sestre. Večina vprašanj je zaprtega tipa, kjer je mogoče izbirati med več podanimi odgovori, sledita še vprašanje s trditvami, kjer smo uporabili 5- stopenjsko Likertovo lestvico stališč in vprašanje z možnostjo odgovora da, ne in delno, ter zadnje vprašanje, ki je odprtega tipa. S koeficientom Cronbach – alfa smo izračunali zanesljivost zbranih podatkov.

### 3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni in namenski vzorec. V raziskavi je sodelovalo 70 pacientov, ki so bili hospitalizirani v času od avgusta do oktobra 2011 v UKC Ljubljana na KO za kardiologijo, različne starosti in spola. Za izbrani kriterij so bili pacienti, ki imajo v dokumentaciji navedeno diagnozo srčno popuščanje. Razdeljenih je bilo 70 vprašalnikov, vrnjenih prav tako 70, kar predstavlja 100% realizacijo vzorca. Raziskovalni vzorec je zajemal 29 (41,4 %) žensk in 41 (58,6 %) moških. Pretežno so bili višje starosti, največja starostna skupina je predstavljala 71-letnike ali še starejše 25 (35,7 %). Glede na zaposlitev je bilo tako dve tretjini že upokojenih 48 (68,6 %). Pacienti so pretežno navedli, da se zdravijo 1-2 leti 34 (48,6 %). Med preiskovancev je bilo največ takšnih, ki so bili zaradi srčnega popuščanja hospitalizirani natanko enkrat 30 (42,9 %). Kako resna bolezen je srčno popuščanje se kaže v podatku, da je 21 (30,0 %) pacientov bilo hospitaliziranih že vsaj štirikrat. Podroben opis vzorca je predstavljen v tabeli.

**Tabela 2: Opis vzorca**

	N=70	%
Spol		
Ženski	29	41,4
Moški	41	58,6
Starost v letih		
18-30	5	7,1
31-40	4	5,7
41-50	10	14,3
51-60	12	17,1
61-70	14	20,0
71 ali več	25	35,7
Zaposlitev		
Zaposlen	18	25,7
Nezaposlen	4	5,7
Upokojenec	48	68,6
Koliko let se že zdravite zaradi bolezni srčno popuščanje		
1-2 leti	34	48,6
3-4 leta	17	24,3
5 let ali več	19	27,1
Kolikokrat ste bili že hospitalizirani zaradi srčnega popuščanja		
Nikoli	1	1,4
Enkrat	30	42,9
Dvakrat	9	12,9
Trikrat	9	12,9
Večkrat	21	30,0

N= število anketiranih pacientov

### 3.3.4 Pridobivanje in opis obdelave podatkov

Anketne vprašalnike smo skupaj s spremnim dopisom posredovali Komisiji Republike Slovenije za Medicinsko etiko v UKC Ljubljana, ki je izdala soglasje, da je diplomsko delo etično sprejemljivo in da se raziskava lahko naredi na KO za kardiologijo. Uporabili smo kvantitativno metodo zbiranja podatkov. Razdeljevanje vprašalnikov je trajalo od meseca avgusta do meseca oktobra. Raziskovalni vprašalniki so bili razdeljeni pacientom v bolniških in intenzivnih sobah na KO za kardiologijo UKC Ljubljana. Razdelili smo jih pacientom s potrjeno diagnozo srčno popuščanje (diagnoza navedena v bolniški dokumentaciji), osebno v dopoldanskem in popoldanskem času in jim ponudili možnost enega dneva za izpolnjevanje. Pri tem smo upoštevali načelo kodeksa Etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (anonimnost, zaupnost, molčečnost, dostojanstvo).

Pridobljeni podatki so predstavljeni na podlagi frekvenc (N) in pripadajočih odstotkov (%), v primeru uporabe Likertove lestvice sta bila izračunana povprečna vrednost in standardni odklon. Primerjava po spolu o znanju o boleznih srca in ožilja je bila izvedena na podlagi hi-kvadrat testa. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 18 (SPSS Inc., Chicago, IL). P-vrednost < 0,05 je pomenila statistično pomembnost. Vprašalnik je bil okvirno razdeljen v tri sklope, za vsakega izmed njih smo izračunali zanesljivost zbranih podatkov s koeficientom Cronbach alfa. Tabela zanesljivosti vzorca prikazuje, da je izmerjeni koeficient Cronbach alfa pri vseh treh sklopih presegel vrednost 0,7, kar v strokovni literaturi pomeni, da so zbrani podatki oziroma raziskovalni vzorec zanesljivi (Nunnally & Bernstein 1994).

**Tabela 3: Zanesljivost vzorca**

Sklop	število vprašanj	koeficient Cronbach alfa
1.Kratek kviz o poznavanju bolezni	5	0,78
2.Spoprijemanje z boleznijo	6	0,74
3.Posredovanje informacij	6	0,71

### 3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati ankete v treh delih. Vsak del vsebuje določeno število vprašanj in se navezuje na postavljena raziskovalna vprašanja. Kako dobro pacienti poznajo bolezen srčno popuščanje, kakšne imajo življenjske navade in kako so zadovoljni s prejetjem informacij v bolnišnici?.

#### 1. Kako dobro pacienti s srčnim popuščanjem poznajo bolezen in dejavnike tveganja, ki jih ogrožajo?

**Tabela 4: Seznanjenost z diagnozo srčno popuščanje.**

	N=70	%
je bolezensko stanje, ki ga povzroči oslABLJENO delovanje srca	42	60,0
je posledica različnih boleznih srca (vnetje srčne mišice, boleznih srčnih zaklopk)	31	44,3
je bolezen starejše starostne populacije	19	27,1
je zamašitev ene ali več koronarnih arterij	12	17,1
navedeni prvi trije pravilni odgovori	4	5,7

N=število anketiranih pacientov

Tabela 4 nam prikazuje seznanjenost z boleznijo SP, ki je pokazala, da je večina 42 (60%), mnenja da je bolezensko stanje, ki ga povzroči oslABLJENO delovanje srca. Zanimivo je, da 12 (17,1%) ljudi kljub temu, da imajo potrjeno diagnozo SP misli, da je to zamašitev ene ali več koronarnih arterij.

**Tabela 5: Dejavniki tveganja, ki pospešujejo/poslabšujejo boleznih srca.**

	N=70	%
povišan krvni sladkor, povišane maščobe v krvi, povišan krvni tlak	58	82,9
kajenje	46	65,7
debelost	33	47,1
telesna neaktivnost	33	47,1
stres	47	67,1
nepravilna prehrana	35	50,0
navedenih vseh šest pravilnih odgovorov	13	18,6

N=število anketiranih pacientov

**Tabela 6: Primerjava po spolu glede dejavnikov tveganja.**

	ženske		moški		p-vrednost
	N=29	%	N=41	%	
povišan krvni sladkor, povišane maščobe v krvi, povišan krvni tlak	26	89,7	32	78,0	0,335
kajenje	21	72,4	25	61,0	0,444
debelost	13	44,8	20	48,8	0,811
telesna neaktivnost	11	37,9	22	53,7	0,230
stres	21	72,4	26	63,4	0,453
nepravilna prehrana	12	41,4	23	56,1	0,332
navedenih vseh šest pravilnih odgovorov	7	24,1	6	14,6	0,361

N=število anketiranih pacientov

V tabeli številka 5 prikazujemo dejavnike tveganja, vsi so zelo pomembni, vendar je obkrožilo vse odgovore samo 13 (18,6%) ljudi. Še vedno je vodilni dejavnik tveganja v 58 (82,9%) povišan krvni sladkor, povišane maščobe v krvi, povišan krvni tlak. Naslednji po vrsti si sledijo stres, kajenje, nepravilna prehrana, debelost, telesna neaktivnost.

Primerjava po spolu (tabela 6) o poznavanju dejavnikov, ki pospešujejo razvoj ali poslabšanje bolezni srca in ožilja ni pokazala statistično pomembnih razlik.

**Tabela 7: Najbolj značilni znaki srčnega popuščanja.**

	N=70	%
omotica in nezavest	9	12,8
občutek pomanjkanja zraka	52	74,3
bolečine v prsnem košu	38	54,2
otečenost udov	41	58,6
utrujenost	42	60,0

N=število anketiranih pacientov

Tabela 7 nam pokaže, da je najbolj značilen oz. prvi znak, ki ga opazijo še vedno občutek pomanjkanja zraka 52 (74,3%), kar je navedeno tudi v literaturi. Sledijo še znaki, ki se pojavijo kasneje, vendar jih pacienti hitro zaznajo otečenost udov (otekline spodnjih okončin) v 41 (58,6%) in utrujenost v 42 (60%).



## 2. Kakšne so življenjske navade pacientov s srčnim popuščanjem?

**Tabela 8: Redno jemanje zdravil.**

	N=70	%
Da	67	95,7
Ne	X	X
Občasno	3	4,3

N= število anketiranih pacientov

X= nihče od anketiranih ni odgovoril na to vprašanje

Tabela 8 nam pokaže, da se večina anketiranih 67 (95,7%) drži zdravnikovih navodil in redno jemlje predpisana zdravila. Dosledno jemanje predpisanih zdravil pa lahko prepreči poslabšanje bolezni.

**Tabela 9: Pomembnost rednega jemanja zdravil.**

	N=70	%
izboljšujejo kvaliteto življenja	35	50,0
zdravila pomagajo obolelemu srcu	56	80,0
zdravila lajšajo simptome bolezni	34	48,6
navedeni vsi trije pravilni odgovori	15	21,4

N=število anketiranih pacientov

Tabela 9 nam prikazuje, da večina 56 (80%) ljudi misli, da redno jemanje zdravil pomaga obolelemu srcu, skoraj polovica pove, da pa izboljšajo kvaliteto življenja in lajšajo simptome bolezni.

**Tabela 10: Pomen vsakodnevnega tehtanje in beleženje vnosa tekočin.**

	N=70	%
za dobro vodenje bolezni	43	38,6
ob povišani telesni teži je potrebno zmanjšati vnos tekočin	29	41,4
ob povišani telesni teži je potrebno zmanjšati vnos soli	26	37,1
po navodilih zdravnika je potrebno dodati tableto za odvajanje vode	43	61,4
navedeni vsi štirje pravilni odgovori	7	10,0

N=število anketiranih pacientov

V tabeli 10 so za vsakodnevno tehtanje in bilanco tekočin anketirani napisali, da je pomembno v 43 (39%) za dobro vodenje bolezni, 43 (61%) jih je vedelo, da morajo po navodilih zdravnika dodati tableto za odvajanje. Da je zelo pomembno zmanjšanje tekočin in soli ob povečanju telesne teže, pa se strinja manj kot polovica.

**Tabela 11: Dosoljevanje hrane.**

	N=70	%
ne	61	87,1
da	9	12,9

N=število anketiranih pacientov

Pri pacientih s srčnim popuščanjem je poudarek na omejitvi soli. V tabeli 11 je razvidno, da večina 61 (87%) ne dosoljuje hrane pri obroku.

**Tabela 12: Ali kadite?**

	N=70	%
da	8	11,4
ne	57	81,4
občasno	5	7,1

N=število anketiranih pacientov

Eden izmed dejavnikov tveganja je tudi kajenje. Tabela 12 nam, da večina 57 (81%) ne kadi, še vedno pa je nekaj takšnih, ki si občasno ali redno privoščijo cigaret.

**Tabela 13: Ukvarjanje s telesno vadbo**

	N=70	%
da	34	48,5
ne	15	21,4
občasno	21	30,1

N=število anketiranih pacientov

Tabela 13 nam prikazuje da se večina (če seštejemo tiste, ki se ukvarjajo in tiste, ki se občasno ukvarjajo) ukvarja s telesno vadbo.

**Tabela 14: Vrste telesne vadbe.**

	N=70	%
dihalne vaje	12	17,1
aerobna vadba na sobnem kolesu ali tekočem traku	10	7,0
hoja	35	50,0
drugo	19	27,1

N= število anketiranih pacientov  
(več možnih odgovorov, rang)

Tabela 14 nam prikaže, da je v veliki večini 35 (50,0%) je to hoja, sledijo še aerobna vadba na sobnem kolesu ali tekočem traku v 7% in dihalne vaje v 17,1. Pod druge možnosti so ljudje naštevali še kolesarjenje, fitness, tek, plavanje, pilates, pohodništvo, nordijska hoja in alpinizem.

**Tabela 15: Prisotnost druge kronične bolezni.**

	N=70	%
ne	31	44,3
da	39	55,7

N=število anketiranih pacientov

Tabela 15 nam prikazuje, da je poleg SP pri več kot polovici 39 (55,7%) prisotna še druga kronična bolezen.

**Tabela 16: Vrste drugih kroničnih bolezni.**

	N=39	%
Sladkorna bolezen	19	47,3
Arterijska hipertenzija	9	23,0
Angina pectoris	5	12,8
Ledvična odpoved, dializa	2	5,1
Osteoporoza	2	5,1
Kronična atrijska fibrilacija	2	5,1
Pljučna fibroza, KOPB, bronihits	3	7,6
GERB	1	2,5
Anemija	1	2,5

N=število anketiranih pacientov

V nadaljevanju (tabela 16) prikazuje tiste, ki so jih pacienti napisali (nekateri več kot eno): sladkorna bolezen 19 (48,7%), arterijska hipertenzija 9 (23,1%), angina pectoris 5 (12,8%), sledijo še kronična ledvična odpoved, osteoporoza, pljučna fibroza, KOPB, KAF, anemija v nizkih procentih.

**Tabela 17: Vsakodnevno spopadanje z navedenimi aktivnostmi (tehtanje, vnos tekočine, slana prehrana, krvni tlak)**

	min	maks	PV	SO	najpogostejši odgovor
Uživanje manj slane prehrane.	1	5	1,7	1,1	1 v 46 (65,7 %)
Omejitev vnosa tekočine na 1 liter/dan.	1	5	2,8	1,5	1 v 20 (28,6 %)
Vsakodnevno jemanje zdravil.	1	4	1,1	0,5	1 v 64 (91,4 %)
Vsakodnevno tehtanje.	1	4	1,5	0,9	1 v 50 (71,4 %)
Zmanjšana telesna aktivnost.	1	5	2,9	1,2	3 v 24 (34,3 %)
Pogosto merjenje krvnega pritiska in pulza.	1	3	1,2	0,6	1 v 59 (84,3 %)

PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Pacienti pretežno nimajo težav s spopadanjem z navedenimi aktivnostmi. V največji meri imajo težave z zmanjšano telesno aktivnostjo (PV 2,9; SO 1,5), med pacienti jih je 24 (34,3 %) navedlo, da imajo s tem težave občasno. Določene težave imajo tudi z omejitvijo vnosa tekočine na 1 liter/dan (PV: 2,8; SO 1,2), kjer jih je le 20 (28,6 %) navedlo, da nimajo teh težav nikoli.

### 3. Tretji sklop vprašanj se nanaša na prejemanje in posredovanje informacij.

**Tabela 18: Iskanje informacij o bolezni srca in zdravem načinu življenja.**

	N=70	%
posvetujem se z osebnim zdravnikom ali specialistom	61	87,1
posvetujem se z medicinsko sestro	12	17,1
informacije poiščem pri znancih, sorodnikih	8	11,4
informacije poiščem v literaturi ( knjige, zloženske, časopis)	20	28,5
preko interneta	14	20
drugo	0	0

N=število anketiranih pacientov

V tabeli 18 je razvidno, da je še vedno zdravnik oz. specialist 61 (87,1%) tisti, od katerega pacienti dobijo največ informacij. Posvetujem se samo z medicinsko sestro ni odgovoril nihče, odgovor je bil v 12 (17,1 %) primerih naveden v kombinaciji z drugimi odgovori. Ljudje se še vedno poslužujejo knjig, zloženk in časopisov 20 (28,5%), nekateri pa iščejo informacije tudi preko interneta 14 (20%).

**Tabela 19: Prejemanje informacij v bolnišnici.**

	N=70	%
da	53	75,7
ne	3	4,3
ne vem	5	7,1
bal(a) sem se vprašati	9	12,9

N=število anketiranih pacientov

Večina 53 (75,7)% se strinja, da je dobila dovolj informacij, še vedno pa obstaja peščica ljudi 19 (12,9%) , katere je strah vprašati.

**Tabela 20: Posredovanje informacij.**

	N=93	%
Zdravnik	57	81,4
medicinska sestra	28	40,0
Fth	3	4,3
Sobolniki	2	2,9
Svojci	1	1,4
Knjižnica	1	1,4
Knjige	1	1,4

N=število anketiranih pacientov

(več možnih odgovorov, rang)

Ti odgovori prikazujejo, da je zdravnik 57 (81,4%) tisti, ki pacientu da informacije, vendar so to informacije v strokovnem jeziku, katerega večina ljudi ne razume, zato večina ljudi kasneje, prosi medicinsko sestro 28 (40%) če lahko obrazloži še enkrat.

**Tabela 21: Najboljši način prejemanja informacija o bolezni.**

	N=90	%
individualni razgovor	61	87,1
predložitev zloženek in slikovno gradivo	14	20,0
predavanje	8	11,4
pogovor v manjši skupini	7	10,0

N=število anketiranih pacientov

(več možnih odgovorov, rang)

Pacienti se nočejo izpostavljati, zato še vedno želijo pridobivati informacije z individualnim razgovorom 61 (87.1%), kar je prikazano tudi v tabeli. Skupinska predavanja in pogovori v manjši skupini so bili navedeni v nizkih procentih.

**Tabela 22: Posredovanjem informacij pacientu s strani medicinske sestre.**

	DA (%)	NE (%)	DELNO (%)
MS je bila v pogovoru dovolj razumljiva.	94,3	0,0	5,7
MS mi je znala prisluhnit.	92,9	1,4	5,7
MS je pustila možnost, da vprašam.	91,4	1,4	7,1
MS mi je namenila dovolj časa.	74,3	4,3	21,4
MS je uporabljala preveč strokovnih besed.	11,4	71,4	17,1
MS mi je dala možnost, da izrazim težave.	92,9	2,9	4,3

Tabela 22 prikazuje, da je MS še vedno oseba, ki je prva pri pacientu, je razumljiva, zna prisluhnit, pusti možnost pacientu, da vpraša oz. da možnost pacientu, da izrazi težave. Manjši deficit se pojavi pri odgovoru, MS mi je namenila dovolj časa, kjer je prikazano v 21,4%, da pacientu delno namenjamo čas.

**Tabela 23: Kaj ste v bolnišnici najbolj pogrešali?**

	N=70	%
brez odgovora	25	35,7
bolj pogosti pregledi predolgo čakanje	1	1,4
pogovor z dr.	2	2,9
čimprejšnje zdravljenje	1	1,4
gibanje, socialno življenje	1	1,4
delavnice izobraževanja	2	2,9
zdravo, normalno hrano	4	5,7
dnevni prostor radio tv	13	18,5
dom svojci	5	7,1
domača hrana	5	7,1
domače okolje	1	1,4
domačo posteljo	2	2,9
družba prijateljev	1	1,4
druženje z vnukom	1	1,4
več tekočine	1	1,4
več wc-jev	1	1,4
zračenje	2	2,9
Zdravje	2	2,9

N=število anketiranih pacientov

V zadnji tabeli št. 23 so navedeni odgovori, katere so pacienti navedli. Večina je skromnih 25 (35,7%) in so bili zadovoljni s tistim kar jim nudimo. Zanimivo pa je, da se večkrat ponovi odgovor, da bi želeli imeti dnevni prostor, katerega na KO za kardiologijo res ni.

### **3.5 RAZPRAVA**

Srčno popuščanje je bolezen srca in ožilja, katere pojavnost narašča. Celostna in organizirana obravnava na terciarni ravni lahko bistveno zmanjša obolevnost, umrljivost in stroške zdravljenja pacientov z napredovalim SP.

Kakovost življenja pacientov slaba, zato je pomembna sprememba življenjskega sloga in kontinuirana rehabilitacija teh pacientov. Pri obravnavi je potrebno vso pozornost posvetiti njihovim potrebam, doživljanju in spoprijemanju z boleznijo, hkrati pa moramo razumeti številne omejitve, ki jih prinese bolezen (Nohria idr., 2002).

Analize strokovne in znanstvene literature je pokazala, da na uspešno in kakovostno zdravstveno vzgojo pacientov s SP močno vpliva izbira primernih andragoško – didaktičnih pristopov. Treba ga je prilagoditi posameznemu pacientu in njegovemu načinu življenja, treba je upoštevati individualen pristop do pacienta in njegovih svojcev (Kvas, 2011).

Raziskava, ki smo jo izvedli v UKC Ljubljana, na KO za kardiologijo v mesecih od avgusta do oktobra 2011 nam je pokazala začetne podatke znanja pacientov o njihovi bolezni, kako se vsakodnevno spopadajo z boleznijo in kje iščejo informacije o bolezni.

Razveselilo nas je, da so pacienti z veseljem izpolnili anketo kljub povprečno visoki starosti, ni pa zanemarljiv podatek, da je med vsemi anketiranimi tudi tretjina takšnih, ki so mlajši od 50 let, kar dokazuje, da se bolezen pojavlja tudi pri mlajših ljudeh. Zelo zanimivo, bi bilo raziskati najpogostejše vzroke za nastanek bolezni pri mlajših.

Raziskava je bila razdeljena na tri dele. Prvi del je obsegal vprašanja o poznavanju bolezni, ki je pokazal naslednje rezultate. Večina ljudi navaja, da je SP bolezensko stanje, ki ga povzroči oslABLJENO delovanje srca, tretjina, da je to bolezen starejše populacije, druga tretjina misli, da pride do zamašitve ene ali več koronarnih arterij. V raziskavi SHAPE (Remme idr., 2005), ki se je izvajala v Evropi na temo ozaveščenosti in zaznavanje srčnega popuščanja med laično javnostjo 86% ljudi pozna to bolezen, večina od teh pa je potrdila, da je srčno popuščanje "blaga zdravstvena težava", 34% ljudi pa je mnenja, da je to normalen proces staranja srca.

Rezultati na Dnevu ozaveščanja o srčnem popuščanju v Sloveniji (Lanščak, 2011), nam pokažejo primerljive rezultate z našo in SHAPE študijo, kje je tretjina mnenja, da je srčno popuščanje normalna posledica staranja. Rezultati nam kažejo na slabo ozaveščenost prebivalstva o srčnem popuščanju, pa naj bo to splošno prebivalstvo ali ljudje, ki imajo diagnozo srčno popuščanje že potrjeno.

Ravnakova (2010) v svoji raziskavi navaja, da pacienti zdravniško pomoč najpogosteje poiščejo zaradi občutka pomankanja zraka, utrujenosti, otečenosti nog, in bolečin v prsnem košu, v naši raziskavi pa pacienti v enakem vrstnem redu naštevajo najpogostejše znake srčnega popuščanja.

Pomebno se je zavedati, da bolezen brez ustreznega zdravljenja napreduje, preživetje pa je kljub sodobnemu zdravljenju še vedno majhno. Stopnja preživetja je celo slabša kot pri raku dojke in prostate (Butler, 2010). V raziskavi je bilo večina tistih, ki se zdravijo 1-2 leti, največ takšnih, ki so bili hospitalizirani zaradi bolezni SP enkrat. Kako resna je bolezen in kako pomembno je pravočasno zdravljenje pa nam kaže podatek, da je bila tretjina pacientov hospitaliziranih že več kot trikrat.

Dokazano je, da dejavniki nezdravega življenjskega sloga spadajo med ključne vzroke nastanka in napredovanja najpomembnejših kroničnih nenalezljivih bolezni. V raziskavi raziskovanci navajajo, da so povišan krvni sladkor, krvni tlak in maščobe najpogostejši dejavnik ki poslabšuje SP, sledi stres, kajenje (v naši raziskavi je večina ljudi, ki ne kadi). Podobni rezultati so prikazani v CINDI raziskavi (CINDI Slovenija, 2008). Razširjenost dejavnikov tveganja v Sloveniji, kjer je najbolj zaskrbljujoč podatek, da ima 66% ljudi povišan holesterol v krvi, 33% ljudi ima povišan krvni tlak, pri 72% ljudeh ugotavljajo prekomerno telesno težo, 45% ljudi je izrazito nezadostno aktivnih (manj kot 1x na teden), 24% jih kadi.

Iz rezultatov lahko povzamemo, da ljudje dobro poznajo dejavnike tveganja, vendar pa še vedno premalo naredijo zato, da bi jih zmanjšali oz. omejili.

Drugi sklop nam prikazuje kako pacienti vsakodnevno živijo z boleznijo. Študije zadnjih let so pokazale, da je redna vadba (hoja, kolesarjenje) varna za pacienta s stabilnim srčnim popuščanjem. Spodbujati jih je potrebno, da ostanejo aktivni (Washburn in Hornberger, 2008). Med našimi raziskovanci se skoraj polovica ukvarja z redno telesno vadbo, predvsem je to v največji meri hoja, sledijo aerobna vadba na sobnem kolesu, dihalne vaje. Obstajajo ljudje, ki pa se ukvarjajo tudi z zelo



obremenilnimi vadbami, kot so: kolesarjenje, fitnes, tek, plavanje, pilates, te paciente uvrščamo v NYHA I. razred s stabilnim SP. Iz rezultatov razberemo, da pacienti upoštevajo navodila v zvezi z telesno aktivnostjo.

Za uspeh zdravljenja je pomembno, da pacient upošteva zdravnikova navodila, da pozna vsa zdravila, ki jih jemlje in je pozoren na morebitne stranske učinke (Kladnik, 2012). Šlehta in Lainščak (2008) ugotovita, da 95% pacientov ve, da je pomembno redno prejemanje zdravil za SP in se večina tega tudi drži, 2% pa je takšnih, ki so mnenja, da ko je stanje boljše lahko prenehajo. To se kaže tudi v naših odgovorih kjer so skoraj vsi so odgovorili pritrtilno, da redno jemljejo zdravila, predvsem zato, ker izboljšujejo kvaliteto življenja in lajšajo simptome bolezni.

Glede spopadanja z boleznijo imajo ljudje še vedno največ težav z omejitvijo vnosa tekočin, le 20% vseh je navedlo, da nima težav s tem. To je razvidno tudi iz drugih študij, razlike nastanejo na račun različne priporočene omejitve tekočine dnevno pri posameznikih. S tem je povezano tudi tehtanje, za katerega je znano, da se redno tehta vsak dan tretjina populacije. Še vedno je problem primakovanje znanja, 14% pacientov poroča, da ne vedo, da je vsakodnevno tehtanje pomembno (Wal, Jaarsma, Moser, Veeger, Gilst in Veldhuisen, 2006). Naši preiskovanci so navedli, da je vsakodnevno tehtanje in beleženjev tekočine pomembno za dobro vodenje bolezni in da je po navodilih zdravnika potrebno dodati tableto za odvajanje. Da pa je potrebno ob povečani telesni teži zmanjšati vnos soli in tekočine pa je bil odgovor naveden v nizkih procentih, kar nam dokazuje, da pacienti se vedno ne znajo uravnavat tekočinskega ravnovesja v telesu. Poudarjamo, da je največkrat vzrok za sprejem v bolnišnico še vedno zadrževanje vode v telesu (Vrtovec, 2010).

Vsak dan se spopadajo tudi s težavami pri fizičnih aktivnostih, ki jih ovirajo pri opravljanju dela. Odvisno kako je bolezen napredovala. O svoji bolezni in diagnozi prve informacije večina prejme pri osebnem zdravniku in specialistu, še vedno pa se poslužujejo knjig, danes v moderni dobi pa tudi interneta, ki je bil kot vir iskanja informacij v 20% naveden v Slovenski raziskavi Raba Interneta v Sloveniji (Vehovar idr., 2009). Za primerjavo lahko povemo, da so v svetu številke drugačne, v Veliki Britaniji in Ameriki so študije pokazale, da je priljubljenost interneta v iskanju informacij o srčnem popuščanju veliko večja. Kar 64% ljudi uporablja internet za pridobivanje informacij o svoji bolezni, največ v starostni populaciji od 50 – 64 let.

Zanimivo je tudi to, da se uporaba interneta občutno povečuje tudi pri starejših ljudeh po 65 letu (Strong in Gilmore, 2008).

Glede posredovanja informacij v času bivanja v bolnišnici so v visokih procentih navedeni zdravniki, kot prvi od katerih dobijo največ informacij. Res pa tu medicinske sestre ne zaostajajo veliko, navedene so v več kot polovici, kot druge oz. tiste, ki pacientu ponovno razložijo, kar je povedal zdravnik, ker njega ne razumejo. S količino informacij so pacienti v zadovoljni v veliki meri, je pri nekaterih še vedno prisoten strah, ki nastane zaradi različnih razlogov: strah pred zdravniškim osebjem, strah da bi izvedeli slabo novico, strah pred novimi diagnozami.

Iz ankete je razvidno, da so pacienti zadovoljni s posredovanjem informacij s strani medicinske sestre. Je razumljiva, zna prisluhnit, pusti možnost, da pacient vpraša, da pacient izrazi težave. Manjši deficit se pojavi pri odgovoru glede časa, kjer četritna pacientov navaja, da medicinska sestra delno nameni dovolj časa pacientu.

Razvidno iz odgovorov je, da se pacienti večina, zadovoljni, da se želijo pogovarjat, prejemati informacije z individualnim razgovorom, zadovoljni pa so če dobijo kakšno zloženko in slikovno gradivo.

Za zanimivost smo pri zadnem vprašanju dali pacientom možnost, da napišejo kaj so najbolj pogrešali v bolnišnici. Večina ni napisala nič, med ostalimi odgovori je bilo zaslediti, dnevni prostor, pogovore, posteljo, prijatelje, zračenje...

Raziskava je bila omejena samo na paciente, ki so bili hospitalizirani v UKC Ljubljana na KO za kardiologijo in imajo že potrjeno diagnozo srčno popuščanje, zato so nekateri rezultati presenetljivo slabi, glede nato, da bi pacienti svojo bolezen morali poznati. V večini so prevladovali starejši pacienti, zato lahko navedemo, da nekaterih odgovorov niso razumeli oz. so odgovarjali zelo posplošeno. Ankete so bile razdeljene med dopoldanskim in popoldanskim časom, zato je med samim izpolnjevanjem lahko prišlo tudi do drugih motečih dejavnikov, kot so: prisotnost svojcev – skupno reševanje, prisotnost drugih ljudi, osebja v sobi, nemir. Ta raziskava nam je pokazala, da imajo nekateri ljudje še vedno težave, tako s poznavanjem bolezni, kot tudi z vsakodnevnim življenjem z njo. Vsem nam na KO za kardiologijo pa so rezultati lahko osnovno in začetno vodilo, kako se spoprijeti z zdravstveno vzgojo pacienta s srčnim popuščanjem oz. katerim aktivnostim je potrebno nameniti večji poudarek.

## **4 ZAKLJUČEK**

Srčno popuščanje nastane počasi, pogosto se priplazi neopazno, zato ga v začetni fazi, ko bi bilo zdravljenje veliko uspešnejše pogosto spregledamo. V slovenskih bolnišnica se letno zdravi okrog 6000 pacientov, njihovo število pa v zadnjih desetletjih narašča. Osnovni razlog za naraščanje števila pacientov je staranje prebivalstva. Na leto umre 5 – 10% pacientov z blagimi težavami in kar polovica tistih s hudimi težavami.

Kakovost življenja pri takih pacientih je zelo slaba, bolj so prizadeti kot pri marsikateri drugi kronični bolezni.

Poleg farmakološkega in diagnostičnega zdravljenja je seveda pomembno tudi nefarmakološko med katerega spada zdravstvena vzgoja pacienta. Zdravstveni tim se mora ves čas truditi in nuditi podporo pacientu v času zdravljenja. Dobro mora predstaviti bolezen, kot tudi življenje z njo. Poudati mora pomen spremembe načina življenja, ki lahko izboljša kvaliteto življenja.

Poseben poudarek morajo imeti aktivnosti, ki se jih pacient lahko nauči v času hospitalizacije in jih kasneje izvaja doma. To so omejitve soli v prehrani in nadomestitev le te s čim drugim, omejitve tekočine oz. bilanca vnešene in izločene tekočine dnevno, merjenje krvnega tlaka, redno jemanje zdravil, telesna aktivnost, zmanjšanje dejavnikov tveganja, kot so: kajenje in alkohol, preventivni ukrepi – cepljenje.

Za ta namen je bila opravljena raziskava na KO za kardiologijo UKC Ljubljana, kjer nas je zanimalo, kako dobro pacienti poznajo svojo bolezen, kako se vsakodnevno spopadajo z njo in kako so zadovoljni s prejemanjem informacij o bolezni v bolnišnici. Ljudje v večini navajajo, da je srčno popuščanje bolezen, ki nastane zaradi oslabiljenega delovanja srca. Polovica anketiranih ima prisotno še drugo kronično bolezen. Skoraj tretjina je bilo takšnih, ki so bili hospitalizirani več kot 3x. Najtežje se spopadajo z omejitvijo tekočine in zmanjšano fizično aktivnostjo.

Iz predstavljene analize raziskovalnih podatkov je možno povzeti, da so rezultati podobni oz. primerljivi s študijami, ki so izvedene pri nas in v tujini. V prihodnosti bi bilo potrebno več raziskovati na tem področju, saj nam nekatere študije pokažejo, da

je zdravstvena vzgoja ena ključnih v času zdravljenja in kasneje samooskrbe na domu.

Poleg vse literature, ki jo pacienti dobijo je potrebno predvsem razmišljati o individualni zdravstveni vzgoji, katero si pacienti najbolj želijo. Res pa je, da je zato potrebno imeti izučen in strokovno izobražen medicinski kader. Učno vzgojni proces je treba prilagoditi posameznemu pacientu in njegovemu načinu življenja, omogočiti pisne vire, zagotoviti primerno učno okolje, znati motivirati pacienta in dokumentirati zdravstvenovzgojno delo na primerne obrazce. Treba je upoštevati individualni pristop do pacienta in njegovih svojcev. Pomembno je vključevanje svojcev, saj so pacienti predvsem starejši in potrebujejo pomoč, pomembno pa je tudi spremljanje pacientov na daljavo.

Ugotovitve raziskave nam pokažejo, da bi bilo v prihodnje zanimivo narediti oz. sestaviti enoten standard za zdravstveno vzgojo pri pacientih s srčnim popuščanjem, ob tem pa tudi obrazec za sprejemno anamnezo s področja zdravstvene nege, kjer bi lahko takoj opazili deficit v aktivnostih pri pacientu s srčnim popuščanjem. Kljub vsem pa moramo imeti zato izobraženo osebje na eni strani, na drugi pa motiviranega pacienta.

Upamo, da bo zdravstvena nega prišla kdaj v sam vrh zdravljenja in z njo tudi zdravstvena vzgoja, kajti pri zdravljenju pacientov s srčnim popuščanjem ima lahko zelo velik pomen.

## **5 LITERATURA**

Acceto R, Mramor M, Bulc M, Čekš T, Čebašek – Travnik. Preventiva v osnovnem zdravstvu: Priporočila za prakso. Ljubljana: Zdravstveni dom, CINDI Slovenije, 1998:23-8, 77, 87-9.

Ahec L, Vloga medicinske sestre pri obravnavi hospitaliziranega bolnika s kroničnim srčnim popuščanjem. In: Zbornik povzetkov, referatov, 2. Fajdigovi dnevi; Kranj, 1.-2. December 2000. Ljubljana. Združenje zdravnikov družinske medicine – Slovensko zdravniško društvo 2000: 6.

Albert NM, Yanna JB. Heart failure disease management: a team approach. *Cleve Clin J. Med* 2001; 68 (1): 53-62.

Anderson C, Deepak BV, Amoateng – Adjepong Y and Zarich S. Benefits of comprehensive inpatient education and discharge planning combined with outpatient support in elderly patients with congestive heart failure. *Congest Heart Fail.* 2005; 11:315 – 321.

Benedich A. Preventive nutrition. Totova. New Jersey: Humana Press; 2009; 302-21.

Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Deer M, Brater D, Murray MD. Social support and health – related quality of life in chronic heart failure patients. *Qual Life Res* 2001; 10(8): 671-82.

Blažič M, Ivanuša Germek M, Kramar M, Strmičnik F. Didaktika: Visokošolski učbenik. Novo mesto. Visokošolsko središče, Inštitut za raziskave in razvojno delo; 2003;9-21.

Bloch SA. Issues and Choices in Clinical Nutrition Practice. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2007: 529-68.

Bobnar A. Nasproti smrti z neozdravljivo boleznijo – življenje v času umiranja [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2006.

Bombek M. Kronično srčno popuščanje pri starejših. V: Zbornik predavanj in praktikum, 11. srečanje internistov in zdravnikov splošne medicine. Iz prakse za prakso z mednarodno udeležbo, Maribor, 20.-21. Maj 2000. Maribor. Splošna bolnišnica; 2000: 224-6.

Bombek M, Ujčič Navotnik M. Akutno srčno popuščanje pri akutnem koronarnem sindromu. In: Zbornik predavanj in praktikum, 13. Srečanje internistov in zdravnikov splošne medicine. Iz prakse v prakso z mednarodno udeležbo. Maribor; 10.-11. Maj 2002. Maribor. Splošna bolnišnica; 2000: 128,132.

Boyde M, Tuckett RP, Thompson D, Turner C and Stewart S. Learning for heart failure patients (The L – HF patient study). Journal of Clinical Nursing 2009; 18: 2030 – 9.

Butler J. The management of heart failure. Pract Nurs 2010; 21(6): 290-4.

CINDI Slovenija. Pa zdravje? Nacionalna raziskava dejavnikov tveganja na nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana. 2008. Dostopno na: [http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/raziskave/kronicne\\_bolezni\\_v\\_sloveniji.pdf](http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/raziskave/kronicne_bolezni_v_sloveniji.pdf) (9.5.2011).

Cunningham SL, Meyer J. Modern management of heart failure : Education as well as medication. Eur Heart J. 2002; 23(2): 139-46.

Dickstein K. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. European Journal of Heart Failure 2008; 10: 933 – 87.

Di Salvo TG, Warner Stevenson L. Interdisciplinary team – based management of heart failure. *Dis Manage Health Outcomes* 2003; 11(2): 87-94.

Dolenec P. Merjenje krvnega tlaka. In: Dolenec. P. XVIII strokovni sestanek Sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož, 26 - 27. november 2009. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo; 2009: 19.

Escott – Stump S. *Nutrition and Diagnosis – Related Care*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia Lippincott Williams Wilkins; 2008: 307-53.

Fraizer OH, Kirklin JK. Mechanical circulatory support. *The Journal of heart & lung transplantation Monograph Series*. New York: Elsevier; 2007: 77 – 104.

Grady KL, Dracup K, Kennedy G et al. Team management of patients with heart failure: A statement for healthcare professionals from the cardiovascular nursing council of the American Heart Association 2000; 102: 2443-56.

Govekar Okoliš M, Ličen N. *Poglavja iz andragogike*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko in andragogiko; 2008.

Horvat M. Zdravstvena nega srčno žilnega bolnika z napredujočo boleznijo na domu. In: Kvas A, Bobnar A. *Zbornik predavanj Zdravstvena oskrba srčno žilnega bolnika z napredujočo boleznijo na domu*, Radenci, 30. Maj 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 44-55.

Horvat M, Ploj T. Klinični znaki srčnega popuščanja. V: *Šola intenzivne medicine*. Ljubljana: Slovensko združenje za intenzivno medicino; 1998: 126-49.

Hoyer S. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2005.

Hoyer S. Informiranje bolnikov še ni zdravstvena vzgoja. In: Kvas A. Zbornik predavanj Zdravstvena vzgoja srčno žilnih bolnikov, Otočec, 28. – 29. Oktober 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005a: 15 – 9.

Hvala U. Prehrana in telesna dejavnost pri bolniku s srčnim popuščanjem. In: Kvas A.(ur.). Pandel – Mikuž R. (ur.). Varovanje zdravja – prehrana, telesna dejavnost in pozitivna samopodoba. Zbornik predavanj, Radenci, 2.-3. Junij 2006. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006:59.

Ivančič D. Načrtovanje zdrave prehrane. In: Marinč (ur.). Preventiva koronarne bolezni. Zbornik predavanj, Portorož, 19.-17. November 2001. Ljubljana. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2001: 25.

Jalovec T, Marinč L. in Satošek D. Zdravstvena nega bolnika z biventrikularnim srčnim spodbujevalnikom. In: Kvas A, Žontar T. Zbornik predavanj Novi trendi v zdravstveni oskrbi srčno – žilnih bolnikov, Radenci, 28. – 29. Maj 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2010: 27-33.

Jank W, Meyer H. Didaktični modeli. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2006.

Janša – Trontelj K. Ambulantno vodenje bolnikov s srčnim popuščanjem. In: Medicinska sestra ob bolniku s srčnim popuščanjem, Velenje, 12.-13. November 2004. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji: 21-32.

Jerše M. Srce, skrivnostna in občutljiva črpalka. Ljubljana. Rdeči križ Slovenije: 2004:56-7.



Jerše M. Preprečevanje bolezni srca in ožilja. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije; 1997: 55, 71-4.

Keber I. Rehabilitacija bolnikov s srčnim popuščanjem in ocena delazmožnosti. In: Zbornik predavanj; Nova Gorica, 9.-10. Oktober 1998. Ljubljana. Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 1998: 12.

Keber I. Srčno popuščanje. Novo mesto: Kočevski tisk; 2005.

Keber I. Kakovost obravnave bolnikov s srčnim popuščanjem. In: Zbornik predavanj, 1.kongres združenja internistov, Interna medicina – novosti in aktualnosti. Ljubljana, 27.-29. September 2001. Ljubljana: Lek: 91-2.

Kisner N, Rozman M, Pernat S. Zdravstvena nega. Maribor. Založba Obzorja; 2001: 20-6.

Kladnik M. Zdravstvena vzgoja pacienta s srčnim popuščanjem [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2007.

Kladnik M. Ambulantno vodenje bolnikov s srčnim popuščanjem v Slovenj Gradcu. V: Izkušnje nas povezujejo. Laško, 2.-3. Marec 2012. Ljubljana. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na internistično – infektološkem področju: 2012; 27-33.

Koražija N. Ambulantna rehabilitacija bolnikov s srčnim popuščanjem. V: Medicinska sestra ob bolnikov s srčnim popuščanjem, Velenje, 12.-13. November 2004. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji: 52-4.

Koželj M. Uspešno zdravljenje srčnega popuščanja. Dostopno na: <http://www.dnevnik.si/novice/zdravje> 1042211130 (18.8.2011).

Kutzleb J, Reiner D. The impact of nurse – directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract* 2006; 18(3): 116-23.

Kvas A. Zdravstvena nega bolnika s srčnim popuščanjem. In: Zbornik predavanj; Srčno popuščanje, Nova Gorica, 9. -10. Oktober 1998. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 1998: 7-8.

Kvas A. Andragoško- didaktični pristop pri zdravstveni vzgoji bolnikov s srčnim popuščanjem. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres\\_zbn/pdf/233C.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/233C.pdf) (22.10.2011)

Lainščak M. 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. Patients view of heart failure: from the understanding to the quality of life. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003; (2): 275-81.

Lainščak M. Vloga bolnišnic pri ozaveščanju prebivalstva o velikih javnozdravstvenih problemih: primer kroničnega srčnega popuščanja. In: Zbornik prispevkov, Promocija zdravja v bolnišnicah: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Golnik; 25 .November 2011. Golnik. 40-46.

Lavrincec J. Prehranska podpora srčno – žilnih bolnikov z napredovalo boleznijo. V: Zdravstvena oskrba srčno – žilnega bolnika z napredovalo boleznijo, Radenci, 30.-31. Maj 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 91-7.

Ličen N. Uvod v izobraževanje odraslih. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko in andragogiko; 2006.

Lovrečič A, Gužič – Salobir B. Zdravila za bolnike s koronarno boleznijo. In: Gorup A( ur.). Usposabljanje vaditeljev telesne vadbe v koronarnih društvih in klubih v letih 2000-2005. Zbornik izbranih gradiv. Ljubljana. Zveza koronarnih društev in klubov Slovenije; 2005: 29.

Moser DK, Riegel B, Žaul S, Letnnie TA, Kirkwood PL. Heart failure. In: Adam SK, Osbourne S. Critical care nursing science and practice. New York, Oxford University Press; 2008: 237-70.

Nohria A, Lewis E, Warner Stevenson L. Medical managemant of advanced heart failure. JAMA; 2002: 10(3): 179-81, 187-90.

Noč M, Vrtovec B. Patofiziologija srčnega popuščanje. V: Zbornik predavanj in algoritmov ukrepanja, 2. strokovni seminar z mednarodno udeležbo. Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje. Maribor, 6.-8. Oktober 2005. Maribor: Zdravstveni dom Adolfa Drolca Maribor, 2005:45-6.

Nunnally JC & Bernstein IH (1994) Psychometric theory (3rd ed). McGraw-Hill, New York.

Paul S. Hospital Discharge Education for Patients Whit Heart Failure: What Really Works and What Is the Evidence?. Chritical Care Nurse Journals 2008; 28: 66 – 82.

Pehnec Z. Srčna oslabeledost. V: Bombek M, Čokolič M, Dajčman D . Interna medicina za visoko zdravstveno šolo. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2000: 19-23.

Poglajen G, Andročec V. Presaditev srca. Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacijo srca. Novo mesto. Krka: 2008; 10-21.

Poglajen G, Okrajšek R, Bunc M, Breskvar – Kač U, Šebaštjen M, Zobavnik J, et al. Presaditev srca. Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacijo srca. Ljubljana: 2011.

Potter AP, Griffin A. Basicnursing: essentials for practice. St. Louis: Mosby; 2003: 133-5.

Prelec Lainščak J. Prehrana bolnika s srčnim popuščanjem. In: Zbornik predavanj XIX. Strokovnega srečanja interdisciplinarna obravnava bolnika pred, med transplantacijo srca in po njej, Radenci, 1.-2. Junij 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji: 63-6.

Radan I, Podbregar M. Akutno srčno popuščanje: etiopatogeneza, diagnostika in monitoring bolnika z akutnim srčnim popuščanjem. In: Zbornik predavanj, 14.seminar intenzivne interne medicine za medicinske sestre in zdravstvene tehnike, 28.-29. Maj 2007. Ljubljana. Slovensko združenje za intenzivno medicino; 2007: 5-11.

Radovančević B, Vrtovec B, De Kort M, Radovačević R and Gregorič ID. End organ funktion in patients on long – term circulatory support whit continuous – or pulsatile – flow assist devices. J Heart Lung Transplant. 2007; 26: 815 – 8.

Ramšak Pajk J, Hildegard E. Peplau in model medosebnih odnosov. *Obzor Zdr N* 2000; 34: :27-33.

Ravnak G. Analiza pacientov s srčnim popuščanjem v letu 2008 [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2010.

Remme WJ, McMurray JJV, Rauch B, Zannad F, Keukelaar K, Cohen – Solal A, e tal. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. *Eur Heart J* 2005; 22: 2413 – 2421.

Ružič Medvešek N. Indikacije za hospitalizacijo bolnika s kroničnim srčnim popuščanjem. 2001. *Zdrav Var* 40 (3-6): 160-3.

Ružič Medvešek N. Zdravljenje srčnega popuščanje. In: Žemva A. (ur.). *Zdravila za srce in ožilje*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije; 2007: 93-112.

Simonič A. Psihološke značilnosti bolnikov z napredovalim srčim popuščanjem. V: *Zbornik predavanj XXI. Strokovno srečanje, Zdravstvena oskrba srčno-žilnega bolnika z napredovalo boleznijo*. Radenci, 30.-31. Maj 2008. Ljubljana. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji: 69-70.

Smogavc S. Zdravstvena vzgoja kroničnega pacienta v splošni ambulanti [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2009.

Strbad M, Rožman P. Uporaba matičnih celic v medicini. *Proteus* 2005; 67: 340 – 8.

Strong AL, Gilmore JA. Representations of heart failure in Internet patient information. *Heart failue and the Internet. J of Advanced Nursing*. 2008; 596- 605.

Strašek J. Zdrava prehrana – daljše življenje. In: Gorup A( ur.). Usposabljanje vaditeljev telesne vadbe v koronarnih društvih in klubih v letih 2000-2005. Zbornik izbranih gradiv. Ljubljana. Zveza koronarnih društev in klubov Slovenije, 2005: 81-4.

Šebaštjen M. Zdravljenje bolnikov s srčnim popuščanjem. In: Medicinska sestra ob bolnikov s srčnim popuščanjem, Velenje, 12.-13. November 2004. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji: 13-17.

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.

Trampuš I. Zdravstvena vzgoja srčno žilnih bolnikov. Organizirano učenje srčno žilnih pacientov na Kliničnem oddelku za kardiologijo. In: Kvas A. Zbornik predavanj Zdravstvena vzgoja srčno žilnih bolnikov, Otočec, 28. – 29. Oktober 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005: 32 – 7.

Trobec I. Kronične bolezni – izziv za zdravstveno nego. Obzornik Zdr N. 2010; 44:1-2.

Trobec K. Zdravstvena nega bolnika s srčnim popuščanjem v bolnišnici. In: Medicinska sestra ob bolnikov s srčnim popuščanjem, Velenje, 12.-13. November 2004. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji: 34-37.

Vlada Republike Slovenije. Pandemska gripa – cepljenje. 2009. Dosegljivo na : [http://www.vlada.si/si/teme\\_in\\_projekti/pandemska\\_gripa/](http://www.vlada.si/si/teme_in_projekti/pandemska_gripa/).

Vrtovec B, Hunt SA. Advanced chronic heart failure and heart transplantation, A guide to clinical decision – making. Ljubljana: University Medical Center Ljubljana; 2008: 12 – 25.

Vrtovec B. Zdravljenje srčnega popuščanja z mehansko podporo levega prekata. In: Kvas A, Žontar T. Zbornik predavanj Novi trendi v zdravstveni oskrbi srčno – žilnih bolnikov, Radenci, 28. – 29. Maj 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2010: 7-10.

Vrtovec B, Šebaštjen M, Zupan I in Bunc M. Zdravljenje napredovalega srčnega popuščanja v specializirani terciarni ustanovi. Slov Kardiol 2005; 2: 36-44.

Vehovar V, Travar L, Kogovšek L. eFarmacija in eZdravje 2009/1. Raba interneta v Sloveniji. Ljubljana: Center za metodologijo in informatiko, Fakulteta za družbene vede; 2009.

Zaletel J. Diagnostični postopki pri srčnem popuščanju. V: Zbornik povzetkov, referatov, 2. Fajdigovi dnevi; Srčno popuščanje, Kranj, 1.-2. December 2000. Ljubljana. Združenje zdravnikov družinske medicine – Slovensko zdravniško društvo; 2000: 8-9.

Zupan I. Indikacije za elektrostimulacijo srca – novosti. In: Zupan I, Pernat A. Zbornik predavanj aritmije – pacing, Brdo pri Kranju, 21. April 2007. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za aritmije in elektrostimulacijo srca ter Društvo slovenskih kardiologov; 2007: 33 – 8.

Zver A. Zdravstvena vzgoja bolnika z osteoporozo. In: Vidali P (ur.). Zbornik predavanj, Novo mesto; Krka; 2000:5-8.

Wal M, Jaarsma T, Moser D, Veeger N, Gilst W in Veldhuisen D. Compliance in heart failure patients. The importance of knowledge and beliefs. Eur Heart J 2006; 27: 434- 440.

Washburn CS, Hornberger CA. Nurse Educator Guidelines for the Management of Heart Failure. The Journal of Continuing Education in Nursing 2008; 39: 239-67, 263 – 67.

Washburn CS, Hornberger CA, Klutman A, Skinner L, Nurses knowledge of heart failure education. Topics as reported in a small Midwestern community hospital. J. Cardiovasc. Nurs. 2005; 20(3): 215-20.

WHO – World Health Organization. 2008 – 2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases; 2008. Dostopno na : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf) (15.5.2011).

Žagar R. Zdravstvena nega pacienta s srčnim popuščanjem na domu [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2010.



## **6 PRILOGE**

### **6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK**

Moje ime je Nataša Sitar, sem absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom: »Zdravstvena vzgoja kroničnega bolnika s srčnim popuščanjem«, zato Vas vljudno prosim za sodelovanje pri izpolnjevanju vprašalnika. Vprašalnik je anonimen, rezultati bodo uporabljeni izključno za izdelavo diplomskega dela. Imate možnost zavrnitve izpolnjevanja.

Zahvaljujem se Vam za sodelovanje!

S spoštovanjem Nataša Sitar

Na vprašanje odgovorite tako, da obkrožite samo eno piko pred izbranim odgovorom, kjer je možnih več odgovorov je to tudi ustrezno označeno!

#### **1. Spol:**

- ženska
- moški

#### **2. Starost:**

- 18 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 – 70 let
- 71 let in več

### **3. Poklic:**

- nezaposlen
- zaposlen
- upokojenec
- drugo (napišite)\_\_\_\_\_

### **4. Ali ste seznanjeni, kaj pomeni diagnoza srčno popuščanje (možnih je več odgovorov)?**

- je bolezensko stanje, ki ga povzroči oslABLJENO delovanje srca
- je posledica različnih bolezni srca (vnetje srčne mišice, bolezni srčnih zaklopk)
- je bolezen starejše starostne populacije
- je zamašitev ene ali več koronarnih arterij
- ne vem

### **5. Kateri od naštetih dejavnikov tveganja po vašem mnenju pospešujejo razvoj ali poslabšanje bolezni srca in ožilja (možnih je več odgovorov)?**

- povišan krvni sladkor, povišane maščobe v krvi, povišan krvni tlak
- kajenje
- debelost
- telesna neaktivnost
- stres
- nepravilna prehrana

### **6. Ali poznate najbolj značilne znake bolezni srčno popuščanje (možnih je več odgovorov)?**

- omotica in nezavest
- občutek pomanjkanja zraka
- bolečine v prsnem košu
- otečenost udov
- utrujenost
- ne vem

**7. Kje iščete odgovore na Vaša vprašanja o bolezni srca in o zdravem načinu življenja (možnih je več odgovorov)?**

- posvetujem se z osebnim zdravnikom ali specialistom
- posvetujem se z medicinsko sestro
- informacije poiščem pri znancih, sorodnikih
- informacije poiščem v literaturi ( knjige, zloženko, časopis)
- preko interneta
- drugo: \_\_\_\_\_

**8. Ali redno jemljete zdravila, tako, kot Vam jih predpiše zdravnik?**

- da
- ne
- občasno

**9. Zakaj je pomembno redno jemanje zdravil (možnih je več odgovorov)?**

- izboljšujejo kvaliteto življenja
- zdravila pomagajo obolelemu srcu
- zdravila lajšajo simptome bolezni
- ne vem

**10. Zakaj je pomembno vsakodnevno tehtanje in beleženje vnosa tekočin (možnih je več odgovorov)?**

- za dobro vodenje bolezni
- ob povišani telesni teži je potrebno zmanjšati vnos tekočin
- ob povišani telesni teži je potrebno zmanjšati vnos soli
- po navodilih zdravnika je potrebno dodati tableto za odvajanje vode

**11. Ali dodatno solite hrano pri obroku?**

- da
- ne

**12. Ali kadite?**

- da
- ne
- občasno

**13. Ali se ukvarjate s kakšno telesno vadbo?**

- da
- ne
- občasno

**14. S katero telesno vadbo se ukvarjate?**

- dihalne vaje
- aerobna vadba na sobnem kolesu ali tekočem traku
- hoja
- drugo: \_\_\_\_\_

**15. Kolikokrat ste bili že hospitalizirani zaradi bolezni (srčno popuščanje)?**

- 1x
- večkrat, napišite približno kolikokrat: \_\_\_\_\_

**16. Koliko let se že zdravite zaradi bolezni srčno popuščanje?**

- 1 – 2 leti
- 3 – 4 let
- več kot 5 let

**17. Ali imate poleg te bolezni ugotovljeno še kakšno drugo kronično bolezen?**

- da ( katero) \_\_\_\_\_
- ne

**18. Kako težko se spopadate z spodaj navedenimi aktivnostmi? ( 1 = nimam težav, 2 – redko imam težave, 3 - občasno imam težave, 4 – pogosto imam težave, 5 – vsak dan se pojavijo težave ). Prosim, da s križcem označite en odgovor v vsaki vrstici.**

	<b>1</b> Nimam težav.	<b>2</b> Redko imam težave.	<b>3</b> Občasno imam težave.	<b>4</b> Pogosto imam težave.	<b>5</b> Vsak dan imam težave.
Uživanje manj slane prehrane.					
Omejitev vnosa tekočine na 1 liter/dan.					
Vsakodnevno jemanje zdravil.					
Vsakodnevno tehtanje.					
Zmanjšana telesna aktivnost.					
Pogosto merjenje krvnega pritiska in pulza.					

**19. Ali ste v času bivanja v bolnišnici prejeli dovolj informacij o svoji bolezni?**

- da
- ne
- ne vem
- bal (a) sem se vprašat

**20. Kdo vam je v času bivanja v bolnišnici posredoval največ informacij o bolezni in življenju z njo?**

- zdravnik
- medicinska sestra
- ostali (napišite kdo) \_\_\_\_\_

**21. Kakšen je za vas najboljši način prejemanja informacija o svoji bolezni?**

- predavanje
- individualni razgovor
- pogovor v manjši skupini
- predložitev zloženk in slikovno gradivo

**22. Vaše mnenje v zvezi s posredovanjem informacij pacientu s strani medicinske sestre (prosim, da s križcem označite eden odgovor v vsaki vrstici).**

	DA	NE	DELNO
MS je bila v pogovoru dovolj razumljiva.			
MS mi je znala prisluhnuti.			
MS je pustila možnost, da vprašam.			
MS mi je namenila dovolj časa.			
MS je uporabljala preveč strokovnih besed.			
MS mi je dala možnost, da izrazim težave.			

MS – medicinska sestra

**23. Kaj ste v času bivanja v bolnišnici najbolj pogrešali (dopišite odgovor)?**

---

---

---

---

**HVALA LEPA ZA SODELOVANJE!**