



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

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

**ZNANJE ŠTUDENTOV O SIMPTOMIH IN  
DEJAVNIKI TVEGANJA ZA AKUTNI  
KORONARNI SINDROM**

**STUDENTS' KNOWLEDGE ON THE  
SYMPTOMS AND RISK FACTORS FOR  
ACUTE CORONARY SYNDROME**

Mentor: Sanela Pivač, pred.

Kandidat: Lucija Madjar

Jesenice, julij 2017

## **ZAHVALA**

Rada bi se zahvalila svoji mentorici Saneli Pivač, pred., ki me je s svojimi nasveti usmerjala in mi pomagala pri pripravi diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi Mateji Bahun, pred. za recenzijo diplomskega dela.

Zahvala gre tudi moji družini in prijateljem, ki so me ves čas spodbujali in mi stali ob strani.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Med pacienti, ki imajo ishemično bolezen srca sta umrljivost in obolevnost najpogostejši pri pacientih z akutnim koronarnim sindromom. Gre za stanje, ko zaradi prekinjenega pretoka krvi skozi arterije pride do motnje prekrvavitve srčne mišice.

**Cilj:** V diplomskem delu smo želeli raziskati znanje in ugotoviti mnenje študentov zdravstvene nege o akutnem koronarnem sindromu.

**Metoda:** Izvedena je bila metoda empiričnega kvantitativnega raziskovanja s pomočjo vprašalnika. Raziskava je bila izvedena med rednimi študenti 2. in 3. letnika na prvi stopnji visokošolskega programa Zdravstvena nega (VS) na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Sodelovalo je 92 študentov, kar predstavlja 88% realizacijo. Vzorec, ki smo ga uporabili je bil priložnostni. Pridobljene podatke smo predhodno obdelali s programom SPSS 20.0 ter uporabili test analize variance ANOVA.

**Rezultati:** Ugotovili smo razlike v znanju študentov 2. in 3. letnika pri trditvah, da se akutni koronarni sindrom pojavlja pri obeh spolih enako ( $p=0,003$ ), da se pacient lahko duši ( $p=0,001$ ), kjer so višjo stopnjo znanja pri večini trditev pokazali študentje 3. letnikov. Študentje so menili, da je kajenje najpogostejši dejavnik tveganja za koronarno bolezen ( $PV=3,72$ ,  $SO=0,985$ ) in, da je tveganje za akutni koronarni sindrom večji pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2 ( $PV=4,00$ ,  $SO=0,943$ ). Popolnoma so se strinjali s trditvijo, da se od medicinske sestre pričakuje visoka stopnja znanja ( $PV=4,60$ ,  $SO=0,665$ ) in, da z zdravstveno vzgojo spodbudimo pacienta k razmišljanju o spremembi načina življenja ( $PV=4,51$ ,  $SO=0,823$ ).

**Razprava:** Poznavanje simptomov pri študentih zdravstvene nege je ključnega pomena, saj z znanjem, strokovnostjo in usposobljenostjo lahko prepoznajo življenjsko ogrožajoče stanje pri pacientu ter ga v okviru zdravstvene vzgoje ustrezno poučijo kako reagirati ob neželenem pojavu.

**Ključne besede:** koronarni sindrom, medicinska sestra, dejavniki tveganja, znanje, študentje

## **ABSTRACT**

**Background:** Patients who suffer from ischemic heart disease are at a higher risk of mortality and morbidity, if they simultaneously suffer from acute coronary syndrome. The syndrome is a state of disruption of blood supply to the heart muscle, due to a sudden interruption of blood flow through the arteries.

**Goals:** The objective of this thesis is to explore the nursing student's knowledge and opinions about acute coronary syndrome.

**Methods:** We performed a method of empirical quantitative research using a questionnaire. The survey was conducted among full-time of 2nd and 3rd year students at the Angela Boškin Faculty of Health Care. 92 students took part in the survey and the sample we used was casual. The data obtained were pre- processed using SPSS 20.0 and using the ANOVA variance analysis test.

**Results:** We have found differences in the knowledge among the students of the 2nd and 3rd year regarding the following claims: that the acute coronary syndrome occurs equally in both sexes ( $p = 0.003$ ), and that the patient may experience suffocation ( $p = 0.001$ ). The students believed that smoking is the most common risk factor for coronary heart disease ( $PV = 3.72$ ,  $SO = 0,985$ ), and that the risk of acute coronary syndrome is greater in patients with type 2 diabetes ( $PV = 4.00$ ,  $SO = 0.943$ ). They were also in complete agreement with claims that a higher level of knowledge should be expected from nurses ( $PV = 4.60$ ,  $SO = 0.665$ ), and that health education encourages the patient to think about changing their lifestyle ( $PV = 4.51$ ,  $SO = 0.823$ ).

**Discussion:** The ability to recognize symptoms and risk factors in patients with ACS is crucial for the students, because only with knowledge and appropriate health education will they be able to persuade the patient to change the lifestyle for the better.

**Keywords:** nurse, coronary disease, risk factors, symptoms, knowledge, students

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>2</b>
2.1	OPREDELITEV AKUTNEGA KORONARNEGA SINDROMA .....	2
2.1.1	DELITEV AKUTNEGA KORONARNEGA SINDROMA.....	2
2.1.2	KLINIČNA SLIKA AKUTNEGA KORONARNEGA SINDROMA.....	3
2.1.3	DIAGNOSTIKA AKUTNEGA KORONARNEGA SINDROMA .....	5
2.1.4	ZDRAVLJENJE AKUTNEGA KORONARNEGA SINDROMA .....	6
2.1.5	ZAPLETI AKUTNEGA KORONARNEGA SINDROMA .....	6
2.2	DEJAVNIKI TVEGANJA ZA AKUTNI KORONARNI SINDROM .....	7
2.3	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ZDRAVSTVENI VZGOJI PACIENTA Z AKUTNIM KORONARNIM SINDROMOM.....	10
2.4	ZNANJE ŠTUDENTOV O SIMPTOMIH IN DEJAVNIKI TVEGANJA ZA AKUTNI KORONARNI SINDROM .....	12
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>14</b>
3.1	NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA .....	14
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	14
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	14
3.3.1	Metode in tehnike raziskovanja.....	14
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	15
3.3.3	Opis vzorca.....	16
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	17
3.4	REZULTATI .....	17
3.5	RAZPRAVA .....	25
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	
6.1	INSTRUMENT	

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika po sklopih .....	16
Tabela 2: Demografski podatki anketiranih .....	16
Tabela 3: Trditve povezane z znanjem študentov o akutnem koronarnem sindromu ....	18
Tabela 4: Znanje študentov o akutnem koronarnem sindromu glede na letnik študija ..	20
Tabela 5: Trditve, povezane z dejavniki tveganja za nastanek koronarne bolezni.....	22
Tabela 6: Dejavniki tveganja za nastanek koronarne bolezni glede na letnik študija ....	23
Tabela 7: Vloga medicinske sestre in zdravstvena vzgoja pacienta .....	24

## SEZNAM KRAJŠAV

AKS	Akutni koronarni sindrom
AMI	Akutni miokardni infarkt
ZDA	Združene države Amerike
WHO	World Health Organization (SZO-Svetovna zdravstvena organizacija)
CINDI	Countrywide Intergrated Non- communicable Diseases Interventions
EKG	Elektrokardiografija
FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

## 1 UVOD

Akutni koronarni sindrom (AKS) predstavlja enega izmed pogostih in najpomembnejših zdravstvenih problemov v svetu in je glavni vzrok umiranja pacientov s koronarno boleznijo (Rajapakse, 2013). Pojem akutni koronarni sindrom se nanaša na vse paciente, pri katerih je postavljen sum na ishemijo srčne mišice in zajema tri klinična bolezenska stanja.

Pomembna sta hitra prepoznava znakov koronarnega sindroma in čim hitrejše ukrepanje, saj sta od tega odvisna pacientovo preživetje in nadaljnja kakovost njegovega življenja (Gradič, 2011).

Kljub temu, da za koronarno bolezen velja, da je najpogostejši vzrok smrti, jo je večinoma mogoče preprečiti, če poznamo dejavnike tveganja (Fras, 2014a). Dejavniki tveganja za nastanek koronarnih bolezni so: stres, kajenje, povišan krvni tlak, nepravilna prehrana, spol, starost, dednost, nezadostna fizična aktivnost in povišane maščobe v krvi (Ploj, 2011).

Z zdravstveno vzgojo, ki je pomembna dejavnost zdravstvene nege, lahko močno zmanjšamo pogostost tveganja za nastanek koronarne bolezni. Zdravstveni tim, med njimi najpogosteje medicinska sestra, pomaga pacientu, da razvije sposobnost sprejemanja pravih odločitev glede lastnega zdravja (Gričar, 2008).

Pomembno vlogo imajo tudi študenti zdravstvene nege, ki morajo v času izobraževanja znati prepoznati simptome in dejavnike tveganja za nastanek AKS (Kvas, 2011).

Znanje in veščine študentje izboljšujejo z izobraževanjem, kar privede do večje avtonomije, višje odgovornosti in samozavesti, pozitivnega odnosa, višje pripravljenosti in do izboljšanja oskrbe pacientov z akutnim srčnimi obolenji (Gerrish & Lacey, 2010).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 OPREDELITEV AKUTNEGA KORONARNEGA SINDROMA

AKS je urgentno stanje, ki se klinično kaže kot huda bolečina za prsnico (Žmavc, 2008). Po definiciji, ki jo je vpeljalo Združenje kardiologov Slovenije (2010) je izraz, ki je posledica raztrganja aterosklerotične lehe, na kateri je prisoten strdek, ki maši koronarne arterije. Redkejše vzroke za nastanek AKS pripisujemo spazmu žil, emboliji in vnetju žile. Na mestu, kjer ga prehranjuje prizadeta srčna arterija pride do ishemične srčne mišice. Če ishemija traja dovolj dolgo in je obsežna privede do odmrtnosti srčne mišice (Bombek & Escarrabill, 2009). Zaradi bolezni srca letno umre 2,7 milijonov ljudi, od tega več kot polovica samo zaradi AKS. Slovenski epidemiološki podatki, ki so jih leta 2013 predstavili na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, kažejo, da je bilo zaradi koronarne bolezni v bolnišnično okolje sprejetih 45.242 pacientov, od tega 5846 pacientov zaradi nenadne srčne odpovedi, z diagnozo akutni miokardni infarkt 3785 pacientov in za nestabilno angino pectoris 3658 pacientov. V istem letu je zaradi koronarnih obolenj umrlo 2273 pacientov od tega 55% zaradi AKS (Aristovnik, 2016). Tako koronarne bolezni povzročijo 40% vseh smrti v Sloveniji, kar je kot navaja Terbovčeva (2015) več kot jih umre zaradi rakavih bolezni skupaj.

#### 2.1.1 Delitev akutnega koronarnega sindroma

Akutni koronarni sindrom delimo na različna bolezenska stanja:

- nestabilna angina pectoris
- nenadna srčna smrt
- akutni miokardni infarkt
- akutni miokardni infarkt brez dviga ST-spojnice (NSTEMI)
- akutni miokardni infarkt z dvigom ST-spojnice (STEMI) (Noč, et al., 2008).

Vsa bolezenska stanja imajo skupno značilnost zmanjševanja pretoka krvi skozi srčne arterije zaradi bolezenskih sprememb na steni žile (Marušič, et al., 2013). Če strdek delno zapira koronarno arterijo in je minimalen pretok krvi še omogočen, gre za nestabilno angino pectoris (Tomplak, 2016). Gerrard, et al. (2014) trdijo, da nestabilna



angina pectoris lahko pomeni napredovanje ali poslabšanje koronarne bolezni in je za pacienta zelo nevarna. Pri diagnostiki z 12 kanalnimi EKG se v času napada kaže s spremembo ST veznice in T vala, tako pa tudi dokažemo, da gre za kritične zožitve koronarnih arterij. Nestabilna angina se od miokardnega infarkta loči po porastu srčnih markerjev, kjer je troponin negativen (Repas, 2013). Akutni miokardni infarkt (AMI) spada med najpomembnejša bolezenska stanja AKS. Glavni razlog za razvoj bolezni je ateroskleroza, kjer plaki s svojo počasno rastjo in posledičnim oženjem arterij ovirajo dotok krvi. Če v določenem trenutku nastane poškodba ali razpoka plaka v arterijski steni se na površini vnetnega področja sprožijo mehanizmi zlepljenja trombocitov ter mehanizmi koagulacije (Sinkovič, 2012). Ti hitro privedejo do delne ali popolne zapore prizadete arterije s strdkom, kar ustavi dotok krvi v določenem delu srčne mišice. Takšna zopora v arteriji povzroči hude poškodbe ali celo odmrtje prizadetih tkiv, tako stanje imenujemo miokardni infarkt (Salobir, et al., 2014). Pacienti z AMI brez dviga ST spojnice praviloma nimajo popolne zapore koronarne arterije, vendar je stanje še vedno kritično. Pri diagnostični preiskavi z EKG-jem zaznamo znižanje ST spojnice in negativne valove T, lahko pa je posnetek tudi brez posebnosti. Pri pacientih z dvigom ST spojnice je značilna popolna in nenadna zopora koronarne arterije, pretok krvi po koronarnih žilah pa je odsoten. Zanj je značilen dvig ST spojnice, ki ga zaznamo ob snemanju EKG-ja, kjer se za večino pacientov razvije AMI z zobci Q (Ploj, 2011). Bregant (2009) nenadno srčno smrt opredeli kot nenadni zastoj srca, saj pacient ne diha, je neodziven in nima znakov srčnega ritma. Pri takih pacientih je potrebno takojšnje kardiopulmonalno oživljanje, da ne pride do smrti. Opredeljena je tudi kot naravna smrt, katere vzrok je nenadna prekinitev črpalne sposobnosti srca. Andoljšek (2011) poudarja, da se bolezen pojavi nenadoma brez opozorilnih znakov, pri katerih ima 80% pacientov že znano koronarno bolezen srca, od tega jih polovica umre, v četrtini pa je nenadna srčna smrt za pacienta prvi znak koronarne bolezni.

### 2.1.2 Klinična slika akutnega koronarnega sindroma

Ishemične bolezni srca, med katere uvrščamo AKS se lahko sprva začnejo brez kliničnih znakov ter se jih pacient sploh ne zaveda. Kasneje pa pacient začuti anginozno bolečino, ki jo imenujemo stenokardija (Noč, et al., 2013). Stenokardično bolečino pacient opisuje kot stiskajočo in pekočo, ki se lokalizira za prsnico ter se širi na obe

strani prsnega koša in je pacient ne more natančno pokazati. Bolečina se pogosto širi še v vrat, spodnjo čeljust, lahko tudi do ušesa. Največkrat se širi tudi v levo roko do mezinca ali do hrbta med lopaticami in je neodvisna od dihanja ter položaja pacienta (Ploj, 2011). Bregant (2009) pa trdi, da je bolečina pri pacientu le malokdaj lokalizirana pod levo prsno bradavico. Pri spodnje stenskem infarktu pacient pogosto začuti bolečino v zgornjem delu trebuha, v žlički (Noč, et al., 2008). Pri pacientih z AKS se bolečina v 80% pojavlja ko pacient miruje, v 20% pa se pojavi ob naporu, ko se poslabša prej stabilno stanje ali pa gre za novo bolečino (Bombek & Escarrabill, 2009). Značilno bolečino lahko spremljajo tudi dušenje, slabost, bolečine v trebuhu, potenje, bruhanje, siljenje na bruhanje, palpitacije, strah, motnje zavesti, vznemirjenost in hladna koža. Slišijo se lahko tudi tretji srčni ton, ter poki po pljučih (Sinkovič, 2012). Bolečina lahko kaže na AMI, če traja dlje kot 15 minut ter ob počitku in po aplikaciji nitroglicerina ne popusti (Žmavc, 2008). Pacientom z nestabilno angino pectoris je v večini primerov bolečina poznana. Zato Gradič (2011) dodaja, da je treba pacienta podučiti, kako si aplicirati nitroglicerina in kako ukrepati ob pojavu te bolečine. Pri 30% pacientov z AKS poteka brez naštetih simptomov ter jih strokovno opredelimo kot nemi infarkt in so pogosteje povezani z arterijsko hipertenzijo. Nespecifični znaki, ki jih ima pacient z AKS vključujejo levkocitozo, kar pomeni, da ima pacient povečano število levkocitov v krvi, povišano telesno temperaturo, povišano sedimentacijo, povišan C-reaktivni protein (CRP) ter povišan krvni sladkor (Filej, 2010). Pri pacientih, ki so obboleli s sladkorno boleznijo, kronično ledvično boleznijo, demenco, pri mlajši in pri starejši populaciji ter pri ženskem spolu je pogostejša atipična klinična slika, za katero so značilni nenadna oslabeledost, otežkočeno dihanje in ostra bolečina v trebuhu (Marušič, et al., 2013). Pri takih pacientih je treba biti še bolj pozoren in večkrat posneti EKG, saj lahko pride tudi do nenadne izgube zavesti s srčnim zastojem, ki so praviloma posledica asistolije, prekatne fibrilacije in drugih motnjah ritma, ki vodijo v nenadno srčno kap (Thygesen, et al., 2012). Nenadna srčna kap, za katero so značilni analogno hropenje in krči, ki so podobni epileptičnemu napadu pri čemer se pacient zgrudi brez znakov zavesti, lahko nastopi brez bolečine za prsnico in predstavlja glavni vzrok za umiranje pacientov z AKS (Noč, et al., 2008).

### 2.1.3 Diagnostika akutnega koronarnega sindroma

Diagnozo AKS opredelimo z:

- Ustreznimi kliničnimi znaki,
- Anamnezo in telesnim pregledom,
- Spremembo EKG-ja,
- Spremembo koncentracije encimov v serumu (Junehag & Svedlund, 2014).

Takojšna anamneza o nenadni prsni bolečini je najpomembnejša in nenadomestljiva, da postavimo sum na AKS (Gradič, 2011). Bregant (2009) trdi, da sta zelo pomembna tudi podatka o že znani srčni bolezni in dedni nagnjenosti, kot trdi, pa se moramo usmeriti tudi na dejavnike tveganja. Vsakemu pacientu, za katerega sumimo, da je obolel za AKS že na terenu izmerimo krvni tlak, pulz in nasičenost hemoglobina s kisikom (Repas, 2013). Telesni pregled pacienta s sumom na AKS naj bo obziren, usmerjen in natančen. Pomembno je, da opazujemo pacienta, njegove vitalne funkcije, možne znake srčnega popuščanja in hemodinamske nestabilnosti, ker je takrat pomembno še hitrejše ukrepanje (Bulc, et al., 2010). Rajapakse (2013) trdi, da skupaj s pacientom z usmerjenimi vprašanji ugotovimo vzrok in opredelimo bolečino v prsih. Pacienta vprašamo po lokalizaciji bolečine, časovnem poteku, kvaliteti bolečine (tiščujoča, stiskajoča, pekoča), jakosti bolečine, vprašamo ga, kaj bolečino poslabša in kaj izboljša ter po spremljajočih znakih, kot so bruhanje slabost, omotica, dispneja in drugi. Najpomembnejša preiskava, ki se izvede že ob prihodu v bolnišnično okolje, in poleg natančne anamneze o stenokardiji določa zdravljenje pacienta z AKS, je preiskava elektrokardiogram (EKG) z 12 odvodi, ki predstavlja zapis električne aktivnosti koronarne mišice, ki jo s pomočjo grafa zaznavamo z elektrodami na površini telesa (Kvas, 2011). Glede na odvode v katerih zaznamo dinamične in akutne spremembe spojnic ST, nam EKG daje tudi informacijo o mestu in obsegu ishemije prizadete koronarke (Bulc, et al., 2010). Za potrditev diagnoze AKS imajo pomembno vlogo tudi srčni označevalci ali srčni encimi. To so beljakovine, ki iztekajo iz poškodovanih miokardnih celic preko poškodovanih celičnih membran v krvni obtok. Z določitvijo serumskih kazalcev kot navaja Rajapakse (2013) šele potrdimo ali izključimo AKS.

#### 2.1.4 Zdravljenje akutnega koronarnega sindroma

Zdravljenje AKS se začne že na terenu, kjer medicinska sestra po naročilu zdravnika pacientu aplicira terapijo MONA. Beseda MONA je sestavljena iz črk, ki pomenijo M-morfij, O -kisik, N –nitroglicer in A -acetilsalicilna kislina (aspirin) (Gradič, 2008). Pacient naj na mestu dogodka leži, če je prisotna dispneja, ga namestimo v pol sedeči položaj, ter mu vzpostavimo intravenozno pot, po kateri prejema ustrezna zdravila in tekočino (Golc, et al., 2009). Andoljšek (2011) ugotavlja, da je pri AKS pacientu treba čimprej razrešiti zožitev koronarne arterije. Po ustrezni diagnostiki ugotovimo, ali gre za STEMI, znake srčnega popuščanja ali pridružene motnje ritma, kjer koronarografijo naredimo takoj. Če pa ugotovimo, da gre za NSTEMI, ali nestabilno angino pectoris ter po medikamentozni terapiji MONA bolečina mine, lahko koronarografijo opravimo v 12 - 24 urah. Koronarografija spada med najpogostejše invazivne srčne preiskave, s katero z vbrizgavanjem kontrastnega sredstva vidimo natančen pregled koronarnega žilja (Noč, et al., 2008). Bulc s sodelavci (2010) ugotavlja, da je kadar pacientu vstavijo žilno opornico, pomembno še zdravljenje z antiagregacijskimi sredstvi, s katerim preprečijo strjevanje krvi. Trdijo tudi, da morajo vsakemu pacientu, ko so mu pri primarni koronarni intervenciji vstavili koronarni stent, doživljenjsko jemati acetilsalicilno kislino. Cilj zdravljenja AKS s primarno koronarno intervencijsko metodo je čimprejšnja obnovitev in vzdrževanje normalnega pretoka krvi po koronarni arteriji (Aristovnik, 2016).

#### 2.1.5 Zapleti akutnega koronarnega sindroma

Zdravljenje pacientov z AKS z uporabo omenjenih metod je po mnenju Noča in sodelavcev (2013) znatno znižalo smrtnost. Kljub naprednim načinom zdravljenja pa Lipar (2014) ugotavlja, da pri določenih pacientih lahko pride tudi do zapletov. Pri zapletih AKS je odvisno od tega koliko, kako dolgo in kje so arterije zaprte. Če je zapora žile velika, srce ne bo črpalo učinkovito, kar pa lahko privede do motenj ritma, saj se zapre dotok krvi. Motnje srčnega ritma se pojavijo pri več kot 90% ljudi, ki so doživeli miokardni infarkt ali katero koli drugo bolezensko stanje pri AKS (Noč, et al., 2008).

## 2.2 DEJAVNIKI TVEGANJA ZA AKUTNI KORONARNI SINDROM

World health organization (WHO) (2012) definira dejavnike tveganja, kot vsako lastnost ali izpostavljenost posameznika, ki poveča verjetnost za razvoj bolezni ali poškodbe. Dejavniki tveganja imajo zelo pomembno vlogo tudi pri nastanku nenalezljivih bolezni, med katere prištevamo AKS (Aristovnik, 2016). Hribar (2010) ugotavlja, da so najbolj ogroženi pacienti, ki imajo več dejavnikov tveganja ter pacienti, ki so že oboleli z aterosklerotično koronarno boleznijo. Ateroskleroza je definirana kot kronična napredujoča bolezen arterij, ki v razvitem svetu povzroča vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti (Mikelj, 2014). Kot navaja Hostar (2012), gre za kompleksen vneten proces, kjer se kopičijo gladko mišične celice, lipidi in makrofagi kar postopno in čisto brez posebnih znakov počasi maši notranjost žil, ovira dotok krvi organom in vodi v nešteto bolezni, zato je aterosklerozo predvsem pomembno z vsem sredstvi preprečevati.

Dejavnike tveganja za nastanek AKS razdelimo glede na način delovanja v tri skupine:

1. Dejavniki tveganja, na katere lahko vplivamo, če pacient spremeni življenjski slog

Kajenje štejemo pod neodvisne dejavnike tveganja in je posebno izražen pri pacientih, ki imajo prisotne tudi druge dejavnike tveganja. Dokazano je, da je umrljivost kadilcev zaradi miokardnega infarkta dvakrat večja kot pri nekadilcih, pri nenadni srčni smrti pa je bolezen petkrat bolj pogosta kot pri ljudeh, ki ne kadijo (Aristovnik, 2016). Študija, ki so jo izvedli v Surgeon General leta 2014 v Združenih državah Amerike, pokaže, da kajenje pospeši razvoj ateroskleroze, kar privede do ishemije in s tem nastanka AKS. Dokazano je bilo, da kajenje cigaret z nižjimi stopnjami katrana ali nikotina ne zmanjša tveganja za bolezni srca in ožilja ter tudi izpostavljenost pasivnih kadilcev povzroča srčne bolezni. Tako po statistiki več kot 33.000 pasivnih kadilcev letno umre prav zaradi miokardnega infarkta in več kot 800.000 kadilcev za isto boleznijo. Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (2013) ugotavljajo, da je visok delež kadilcev prisoten tudi pri mlajših, kjer je kar četrtina kadilcev stara od 25 do 29 in tretjina od 30 do 39 let. Glavni vzrok večine kroničnih nenalezljivih bolezni je pomanjkanje zadostne telesne aktivnosti. Prepričljive raziskave, dokazujejo, da so znižanje vsakodnevne

telesne aktivnosti glavni vzrok za nastanek koronarnega sindroma in ostalih srčnih obolenj (Bregant, 2009). Za pacienta je koristna redna in zmerna telesna dejavnost, ki se začne že v času hospitalizacije za kar poskrbi medicinska sestra skupaj s preostalim timom zdravstvene nege (Sinkovič, 2012). Čeprav Piepoli in sodelavci (2010) trdijo, da pretirani telesni naporji lahko celo škodujejo hormonskemu in imunskemu sistemu in povečajo verjetnost nenadne srčne smrti, so Marušič in sodelavci (2013) še vedno mnenja, da je telesna vadba zdravju koristna, saj zmanjša zahteve srca po kisiku in s tem izboljša telesno zmogljivost, kar močno zmanjša možnost za ponovni pojav AKS-ja. Povezava med stresom in koronarnim sindromom je dokazana že desetletja. Povezanost je, kot utemeljuje Šubic (2014), zapletena, saj je posledica delovanja številnih dejavnikov tveganja med seboj. Stres, ki spada med najpogostejše dejavnike tveganja in ima velik vpliv pri nastanku in napredovanju ateroskleroze, kaže negativne učinke na zdravje. Šuput (2014) trdi, da lahko dolgotrajne stresne reakcije zaradi neporabljenega stresnega hormona pacientu tako škodujejo, da lahko privedejo do miokardnega infarkta ali celo nenadne srčne smrti. Debelost pri pacientu opredelimo, kot bolezen kroničnega izvora, kjer je značilno kopičenje maščob v telesu. Andoljšek (2011) definira debelost kot kompleksno in presnovno bolezen, ki prizadene celo telo ter prinaša socialno izolacijo, zmanjša delovno sposobnost in je eden izmed glavnih dejavnikov za bolezni srca in ožilja. Študija, ki jo je izvedla Hovnik Keršmanc (2014) je pokazala, da v Sloveniji več kot polovica ljudi v starostnem obdobju 25 - 65 let trpi za čezmerno telesno težo, od tega kar četrtno ljudi lahko opredelimo za debele. Trdi tudi, da se delež prebivalstva s čezmerno telesno težo s starostjo povečuje, vse od približno 30. pa do 60. leta starosti, ko se umiri. Razširjenost čezmerne prehranjenosti in debelosti je kot še dodaja, pri moških višja kot pri ženskah.

## 2. Dejavniki tveganja, na katere lahko le deloma vplivamo, vendar jih lahko zdravimo

Pomemben dejavnik tveganja za koronarne bolezni je visoka koncentracija holesterola v krvi, ki se skladišči v jetrih v obliki LDL. Trigliceridi zadržujejo odvečne kalorije, ki jih pridobimo s čezmernim hranjenjem in jih ne porabimo s telesno aktivnostjo. Povišana raven trigliceridov v krvi sega med 2,3 in 5,6 mmol/L, zvišana raven holesterola pa predstavlja vrednost med 5 in 6,4 mmol/L (Kapš, et al., 2009). V številnih raziskavah so

dokazali, da zmanjšanje vsebnosti holesterola v krvi bistveno upočasni napredovanje ateroskleroze in s tem zmanjša nevarnost za nastanek koronarne bolezni. Pokazalo se je, da z zmanjšanjem vsebnosti holesterola v krvi za 1 % zmanjšamo verjetnost nastanka miokardnega infarkta za 2,5 % (Noč, et al., 2013). Sladkorno bolezen, ki je pomemben dejavnik tveganja za AKS. Filej (2015) opredeljuje kot presnovno bolezen, katere glavna značilnost je povečana koncentracija glukoze v krvi, ta pa nastane zaradi pomanjkljivega izločanja hormona inzulina in slabše občutljivosti tkiv na njegovo okvarjeno delovanje. Pacienti, ki imajo sladkorno bolezen tipa 2 imajo po raziskavi Wiggins, et al. (2013) 48% večjo možnost, da utrpijo za miokardni infarkt. Hostar (2012) ugotavlja, da se je v zadnjih 40 letih število pacientov s sladkorno boleznijo podvojilo in še vedno strmo narašča. Predvideva, da bo do leta 2030 v Sloveniji obolelih za sladkorno bolezen nekaj manj kot 10% kar je 3% več kot sedaj. Razloga naj bi bila povečanje debelosti med mladimi in nezdrav način življenja. Pri pacientih z AKS, ki imajo sladkorno bolezen tipa 2, kot navaja Prestor (2009), prihaja do bistveno višje pojavnosti zapletov po miokardnem infarktu. Kot razlog navaja posledico motenj v presnovi glukoze, kar pa lahko vodi tudi do motenj ritma in povišanega arterijskega krvnega tlaka. Arterijski krvni tlak je definiran kot pritisk krvi na stene arterije v času srčnega stiskljaja in raztegljaja (Brewer, 2010). Zvišan krvni tlak lahko opredelimo kadar so pri pacientu z merjenjem vrednosti višje od 140/90mm/Hg, bodisi sistolično ali diastolično, lahko pa vrednosti obeh (Salobir, 2010). Zvišan krvni tlak je eden od pomembnih dejavnikov tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja. Dokazano je, da je pri ljudeh z zvišanim krvnim tlakom ogroženost za nastanek koronarne bolezni od trikrat do štirikrat večja kot pri ljudeh z normalnim krvnim tlakom (Dolenc, 2012). Dobovišek (2007) utemeljuje, da je zdravljenje pacienta s povišanim krvnim tlakom dolgoročno, saj od pacienta zahteva nadzor, vsakodnevno merjenje, predvsem pa spremembo življenjskega sloga, ki vključuje omejevanje soli.

3. Dejavniki tveganja na katere nimamo vpliva, saj so pogojeni z dednostjo in biološkimi vplivi

Dednost je pogost faktor tveganja za razvoj AKS. Ravikiran in sodelavci (2010) ugotavljajo, da so različne raziskave v povezavi z genetiko prišle do odkritja skupnih

značilnosti srčno žilnih dejavnikov tveganja in koronarne bolezni, skupno z raziskavami družin s podedovanimi genetskimi mutacijami. Ugotovili so, da imajo pacienti z genom 9p21, ki velja za najmočnejši genski vpliv pri koronarnih boleznih, kar 15% večjo možnost, da bodo utrpeli za AKS. Gerrish & Lacey (2010) zatrjujeta, da lahko vpliv dednosti delno povežemo s tem, da se v nekaterih družinah kopičijo dejavniki tveganja, ki so bodisi dedno pogojeni ali pa so posledica življenja v istem okolju ter podobnih življenjskih navad. AKS se največkrat pojavi pri moških po 45. letu starosti. Spol ima pomembno vlogo pri zbolevanju za koronarni sindrom. Pri ženskah je v teh letih manj pogost in se pogosteje pojavlja šele v kasnejšem obdobju. Šuput (2014) trdi, da ženske zaradi zaščite hormona estrogena, ki zavira množenje celic gladkega mišičja v intimi in preprečuje vnetje, začnejo zboleвать za AKS šele 10 let po začetku menopavze. Prevalenca vedenjskih dejavnikov, med katere spada uživanje slaščic in maščob je po mnenju Andoljška (2011) višja pri ženskah kot pri moških, zato tudi pri ženskah resen postaja problem.

### **2.3 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ZDRAVSTVENI VZGOJI PACIENTA Z AKUTNIM KORONARNIM SINDROMOM**

Zdravstvena vzgoja ima nešteto definicij, vendar vse poudarjajo proces učenja, kjer si pacient skupaj z medicinsko sestro oblikuje stališča pozitivne narave, vrste obnašanja in znanja o zdravem življenjskem slogu. Zdravstveno vzgojo lahko opredelimo kot proces in kombinacijo izkušenj, s katerim pacientu izboljšamo zdravje, ga spodbudimo k boljšemu počutju in mu povečamo znanje o njegovi bolezni (Sušnik, 2016). Kvasova (2011) utemeljuje, da je zdravstveno vzgojno delovanje zdravstvenih delavcev, najpogosteje medicinske sestre zelo pomembno, saj vzgojen pacient upošteva vsa načela zdravega življenjskega sloga, v primeru bolezni je ustrezno motiviran za nadaljnjo sodelovanje v procesu zdravljenja in naučen, da sam izboljša svoje zdravje. Repas (2013) trdi, da je motivacija zelo pomembna dejavnost pri zdravstveni vzgoji pacienta, saj s tem medicinska sestra doseže, da bosta prihodnost in kakovost pacientovega življenja odvisni od njega samega. Pri zdravstveni vzgoji pacienta z AKS je zelo pomemben prvi stik s pacientom, kjer, kot navajata Ocepek & Zobavnik (2008), pridobimo pacientovo zaupanje, ki bistveno pripomore h sodelovanju in pripravljenosti



pacienta za nadaljnjo oskrbo. Avtorici trdita tudi, da ima pacient ob sprejemu veliko vprašanj, zato je na prvem mestu, da medicinska sestra informira pacienta o tem, zakaj je bil sprejet v bolnišnico, zakaj ne sme vstajati, ter zakaj mora zaužiti določeno terapijo. Pri informiranju pacienta je izjemnega pomena, da so navodila poenotena, standardizirana in dorečena znotraj tima, saj neenakost in zmedenost informacij vplivata na nezaupanje in negotovost pacienta (Turinek & Žerdoner, 2011). Pacient potrebuje znanje o svoji bolezni, saj bo le tako prepoznal znake in simptome ob ponovnem pojavu bolezni in znal ustrezno ukrepati ob pojavu bolezni. Medicinska sestra mora pacientu na razumljiv način predstaviti osnove ateroskleroze, način in rezultate zdravljenja. Poznati mora stranske učinke zdravil in kako ukrepati ob pojavu bolečine za prsnico (Salobir, et al., 2014). Zmanjševanje dejavnikov tveganja in sprememba načina življenja pacienta sta postala glavna aduta v programu zdravstvene vzgoje. Medicinska sestra že na začetku obravnave poučuje paciente o njihovih dejavnih tveganja in skupaj s pacienti prouči, kako jih odpraviti (Hostar, 2012). Zdravstvena vzgoja pacienta s koronarnim sindromom obsega različne aktivnosti, s katerimi pacient vzpostavi duševno, socialno in telesno ravnovesje, s tem pa se uspešno vključi v delovno in družinsko okolje (Ploj, 2011). Medicinska sestra sodeluje tudi pri vseživljenjski rehabilitaciji pacientov obolenih s koronarnim sindromom, ki se izvaja v društvih, koronarnih klubih in ambulantah in je pomemben del zdravstvene vzgoje. Za paciente po prebolelem AKS Marušič in sodelavci (2013) ugotavljajo, da jim koronarni klubi zelo koristijo in pripomorejo k zmanjševanju bolezni, saj se tam še dodatno izobražujejo o svoji bolezni ter skupaj s preostalimi pacienti skušajo sprejeti bolezen in jo obvladovati. Koronarni klubi, kjer sodelujejo prostovoljci, ki za paciente izvajajo doživljenjski program preventive in rehabilitacije koronarne bolezni, omogočajo izboljšanje kakovosti življenja pacienta. Končni cilj zdravstvene vzgoje pacienta z AKS naj bodo, zmanjševanje pacientovih zdravstvenih problemov, sprememba vedenja v zvezi z njegovim zdravjem in tako povečanje kakovosti njegovega življenja (Žerdoner & Turinek, 2011).

## 2.4 ZNANJE ŠTUDENTOV O SIMPTOMIH IN DEJAVNIKIH TVEGANJA ZA AKUTNI KORONARNI SINDROM

Znanje definiramo, kot skupek urejenih informacij, ki privedejo do razumevanja. Znanje določa tudi celoto podatkov, ki si jih posameznik vtisne v zavest s študijem, učenjem in kot celoto ugotovljenih in znanih podatkov o stvarnosti. Kraft (2015) trdi, da šele s preizkušanjem znanja pridemo do spretnosti in izkušenj, ki naredijo znanje uporabno. Zdravstvena nega je v znanju temelječa disciplina z lastnim obsegom znanja, kar ji daje možnost razvoja neodvisne znanstvene discipline. Študentje zdravstvene nege v času šolanja za poklic medicinske sestre pridobijo teoretično in praktično znanje. Teoretična znanja so tista znanja, ki gradijo stroko. Ramšak Pajkova (2011) navaja, da so teoretična znanja temelj, na katerih sloni sodobna zdravstvena nega ter so osnova in izhodišče praktičnemu delovanju in raziskovanju. Teoretično znanje, študent usvoji na predavanjih, kabinetnih vajah in seminarjih, praktične izkušnje pa pridobi v kliničnem okolju (Filej, 2015). Študent zdravstvene nege na FZAB pridobi teoretično znanje o koronarni bolezni iz predmeta Zdravstvena nega internističnega pacienta v drugem letniku. Predavanje obsega 30 ur, ki zahtevajo 50% obvezno prisotnost (Skela Savič, 2010). Za pridobivanje novega znanja in razvijanje strokovnih kompetenc pri pacientu z AKS je pomembno klinično znanje. Študentje rednega izobraževalnega programa na omenjeni šoli imajo 180 ur kliničnega usposabljanja na področju zdravstvene nege koronarnega pacienta. Klinična praksa študentom omogoča usvojeno teoretično znanje uporabiti pri pacientu, razvijati spretnosti in sposobnosti holistične, problemske in individualne obravnave pacienta, vključevanje v timsko delo, sprejemati odgovornost in spoznavati naravo poklica (Hajdinjak & Meglič, 2012). Študentje zdravstvene nege pridobivajo strokovno znanje z izobraževanjem, prakso in kontinuiranim izpopolnjevanjem. Strokovno znanje študentov zdravstvene nege je najpomembnejši adut za uspešno uveljavljanje sodobne zdravstvene nege v praksi in za razvoj stroke. Znanje se, kot trdita Hajdinjak & Meglič (2012) v praksi ne razvija samo pa sebi, saj je treba znanje najprej razumeti in šele nato nagrajevati, s tem pa dobimo najširši obseg sodobnih znanj in široko paleto teoretičnega in praktičnega znanja. Mlakar (2007) opisuje, da je zelo pomembno področje pridobivanja in razvijanja znanja, ki potrebuje prednostni načrt in kritično analizo v nadaljnji viziji razvoja zdravstvene nege.

Znanje študentov zdravstvene nege o poznavanju dejavnikov srčno-žilnih bolezni, znakov in ukrepanja v primeru koronarne bolezni so leta 2013 proučevali v Karachi Eastu, kjer so ugotavljali, v kolikšni meri študentje poznajo dejavnike srčno žilnih bolezni, znake in ukrepanja v primeru koronarne bolezni. V študijo so vključili 200 študentov iz različnih zdravstvenih fakultet. Ugotovili so, da jih le polovica meni, da so bolezni srca in ožilja na prvem mestu kot najpogostejši vzrok smrti po svetu. Kot najpogostejši dejavnik tveganja so v 85% označili kajenje. Dognali so, da se študentje zavedajo dejavnikov tveganja, ki povzročajo AKS, vendar kljub zavedanju, kaj vse lahko privede do bolezni srca, sami tega ne upoštevajo. Znanje so primerjali tudi med moškimi in ženskami ter ugotovili, da so ženske bolj poučene o dejavniki tveganja in poznavanju znakov kot moški, slednji pa so dokazali višjo stopnjo znanja pri ukrepanju ob akutnih srčnih obolenjih (Wiggins, et al., 2013). Z raziskavo so ugotovili, da imajo študentje premalo znanja o koronarni bolezni. Razlog za to je, da študentje svoje znanje premalo razvijajo v kliničnih okoljih ter imajo premalo učnih ur v omenjeni vsebini. Te ugotovitve potrjujejo potrebo po novih izobraževalnih programih, s katerimi bi povečali ozaveščenost in znanje študentov o splošni zdravstveni negi pacienta s koronarnim sindromom.

Ravikiran in sodelavci (2010) so v Ameriki izvedli študijo, kjer so primerjali znanje študentov z družinsko anamnezo bolezni srca in ožilja in študentov, ki te bolezni v ožji družini niso imeli. V študijo so vključili 196 študentov, ki so jih avtorji raziskave spraševali o dejavniki tveganja in prepoznavanju simptomov o AKS. Ugotovili so, da je bilo znanje študentov o simptomih kardiovaskularne bolezni z zgodovino bolezni srca v družini višje od ostalih kolegov. Ugotovili so tudi, da se študentje z družinsko boleznijo bolje prehranjujejo in imajo manj dejavnikov tveganja kot skupina študentov brez družinske anamneze koronarne bolezni.

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA**

V diplomskem delu želimo raziskati znanje in ugotoviti mnenje študentov zdravstvene nege o akutnem koronarnem sindromu.

Cilji diplomskega dela so ugotoviti:

1. Razliko v znanju študentov 2. in 3. letnika na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin (FZAB) o zdravstveni negi pacienta z akutnim koronarnim sindromom.
2. Poučenost študentov na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin 2. in 3. letnika o prepoznavanju dejavnikov tveganja za nastanek akutnega koronarnega sindroma.
3. Mnenje študentov o pomenu vloge medicinske sestre pri zdravstveno vzgojnem delu pacienta z miokardnim infarktom.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

1. Kakšna je razlika v znanju študentov 2. in 3. letnika o zdravstveni negi pacienta z akutnim koronarnim sindromom?
2. Kako so študentje poučeni o prepoznavanju dejavnikov tveganja za nastanek akutnega koronarnega sindroma?
3. Kakšno je mnenje študentov o vlogi medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji pacienta z miokardnim infarktom?

#### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

Pri izdelavi diplomskega dela smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno raziskovalno metodologijo.

##### **3.3.1 Metode in tehnike raziskovanja**

Dosedanja spoznanja smo raziskali s pomočjo strokovne in znanstvene literature. V teoretičnem delu smo najprej s pomočjo študije in tuje literature ter podatkovnih baz kot so CINAHL, PUBMED, EBSCOhost, digitalne knjižnice DKUM, Obzornik zdravstvene nege in spletne biblioteke COBISS iskali strokovno literaturo, ki se tiče raziskovalne teme. Uporabili smo tudi internetne brskalnike Google, Google učenjak in Yahoo. Ključne besede, ki smo jih uporabili pri iskanju virov v slovenskem jeziku so: koronarni sindrom, medicinska sestra, dejavniki tveganja, miokardni infarkt, znanje, študentje, za iskanje v tujih podatkovnih bazah pa smo uporabili naslednje besede: nurse, myocardial infarctions, coronary disease, risk factors, knowledge, students. Pri iskanju ključnih besed, smo se osredotočili na polna besedila in leto izdaje od leta 2006 - 2016.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskavo smo izvedli s pomočjo strukturiranega vprašalnika za študente. Večina vprašanj v vprašalniku je zaprtega tipa in so razdeljena v vsebinske sklope.

V prvem sklopu smo zbirali demografske podatke o anketirancu: starost, spol, letnik, vrsta študija in predhodna izobrazba. V drugem sklopu so se anketiranci pri danih trditvah opredelili s pomočjo Likertove lestvice ( ocena stališč 1 - 5, pri čemer pomeni: 1 -popolnoma se ne strinjam, 2 -se ne strinjam, 3 -se niti strinjam niti ne strinjam, 4 -se strinjam, 5 -se popolnoma strinjam). V prvem delu drugega sklopa so anketiranci svoje znanje o koronarnem sindromu pokazali pri danih 17 trditvah. Sledila sta drugi del, ki je vseboval 10 trditvah o dejavniki tveganja in tretji del, ki se je nanašal na vlogo medicinske sestre in zdravstveno vzgojo pacienta pri koronarnem sindromu in je zajemal 9 trditvah.

Vprašalnik je bil sestavljen na podlagi spoznanj različnih tujih in slovenskih avtorjev (Ambrožič, 2008; Accetto, 2009; Jezernik, 2009; Prestor, 2009; Bombek & Escarrabill, 2009; Gradič, 2011, Granda, 2013; ) in na podlagi pregledane literature. Podatki, ki smo jih zbirali med raziskavo, so razvidni v priloženem vprašalniku. Vprašalnik je bil izdelan s pomočjo spletne aplikacije.

Zanesljivost vprašalnika smo preverili pri vprašanjih s trditvami, s Cronbachovim alfa koeficientom zaupanja. Lestvice, ki smo jih preverjali smo prikazali v tabeli.

**Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika po sklopih**

Sklop	Cronbach's Alpha	n
1	0,901	17
2	0,917	10
3	0,908	9
Skupaj	0,908	36

Legenda: n = število odgovorov

S pomočjo Cronbach alfa koeficienta izmerimo zanesljivost vprašalnika. Vrednosti se gibljejo na intervalu od 0 do 1, kjer višje vrednosti pomenijo boljšo zanesljivost vprašalnika. Če znaša koeficient 0,90 ali več je zanesljivost instrumenta odlična, pri vrednosti 0,60 - 0,80 je zmerna ter pri vrednosti koeficienta manj kot 0,60 slaba (Lebar, 2015).

### 3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili priložnostni vzorec, ki je bil določen na podlagi števila rednih študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. V študijskem letu 2016/2017 je 2. letnik obiskovalo 53 študentov, v 3. letniku pa je bilo v istem obdobju 54 rednih študentov. Vprašalnik smo poslali 106 študentom. Vrnjenih smo dobili 92, kar predstavlja 88% realizacijo vzorca. Tabela 1 prikazuje socio-demografske podatke anketiranih. Iz tabele je razvidno, da je bilo anketiranih 35,1% moških in 64,9% žensk. 63, 8% anketiranih ima predhodno srednjo zdravstveno izobrazbo, 28,7% gimnazijo, 7,4% pa drugo srednjo šolo.

**Tabela 2: Demografski podatki anketiranih**

		n	%
<b>Spol</b>	Moški	31	35,1
	Ženski	61	64,9
	Skupaj	92	100,0
<b>Predhodna izobrazba</b>	Srednja zdravstvena šola	60	63,8
	Gimnazija	27	28,7
	Drugo	5	7,4

	Skupaj	92	100,0
Letnik študija	Drugi letnik	42	44,7
	Tretji letnik	50	54,3
	Skupaj	92	98,9

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Povprečna starost anketiranih je 21,70 leta, s standardnim odklonom 1,846. Razpon v letih anketiranih je od 20 do 25 let.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo preko spletne ankete po predhodnem soglasju in dovoljenju Komisije za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Ankete smo poslali študentom 2. in 3. letnikov rednega študijskega programa na prvi stopnji Zdravstvena nega (VS), v mesecu decembru 2016 in januarju 2017. K vprašalniku smo priložili vsa potrebna navodila, ob tem pa smo zagotovili anonimnost in upoštevali etična načela. Za analizo vprašalnikov smo uporabili gradivo, pridobljeno z anketiranjem. V empiričnem delu smo podatke, ki smo jih dobili, kvantitativno obdelali s pomočjo programov SPSS 20.0. in Microsoft Office Excel.

Uporabili smo opisno statistiko in bivariatno metodo ANOVA, kjer smo za statistično pomembne podatke upoštevali razlike, za katere velja, da je stopnja pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

## 3.4 REZULTATI

Rezultati so predstavljeni glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Analiza podatkov zbranih v prvem vsebinskem sklopu vsebuje vrednosti trditve o znanju študentov o akutnem koronarnem sindromu, s katerim smo odgovorili na prvo raziskovalno vprašanje.

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšna je razlika v znanju študentov 2. in 3. letnika o zdravstveni negi pacienta z akutnim koronarnim sindromom?

Tabela 3 prikazuje trditve povezane z znanjem študentov o akutnem koronarnem sindromu. Pri trditvi, da so bolezni srca in ožilja eden glavnih vzrokov umrljivosti v Sloveniji je v 86,2% pravilno odgovorilo na vprašanje. Za napačno trditev, da je

koronarna bolezen glavni vzrok smrti pri moških po 65. letu se je pritrnilno opredelilo 63,2% anketirancev. Pri pravilni trditvi, da je osnovni diagnostični kriterij pri pacientu z AKS pekoča ali stiskajoča bolečina za prsnico, se je pritrnilno opredelilo 76,6%. Pri trditvi, da bolečina lahko izžareva v vrat, se je strinjalo 64,8%, kar pomeni, da gre za pravilen odgovor. Pravilna je tudi trditev, da bolečina lahko izžareva v levo roko, kjer se je strinjalo 77,7% anketirancev. Da bolečino spremlja bruhanje in slabost je pravilno odgovorilo 58,5% anketirancev. Da se pacient lahko duši se je pravilno strinjalo 63,8%. Da pri pacientu lahko pride do motenj zavesti je pravilno podalo odgovor 81,9% študentov. Da so pacienti z miokardnim infarktom zaradi hude bolečine velikokrat bleדי in potni je pravilno pritrnilo 76,6%. Trditev, da se akutni koronarni sindrom pojavlja pri obeh spolih enako je nepravilna. S pritrnilnim odgovorom se je napačno opredelilo 58,5% anketirancev. Pri trditvi, da se srčno-žilne bolezni pojavijo le pri starejših ljudi, je pritrnilno odgovorilo 77,7%, čeprav gre za napačno trditev. Za trditev, da med akutni koronarni sindrom prištevamo srčno popuščanje, je pritrnilni odgovor podalo 47,5%, čeprav je trditev napačna. S trditvijo, da se stenokardija pojavlja pri vseh koronarnih pacientih, so se strinjali v 46,8%, čeprav gre za napačno trditev.

**Tabela 3: Trditve povezane z znanjem študentov o akutnem koronarnem sindromu**

TRDITVE	n	Da (%)	Ne (%)	Ne vem (%)
Bolezni srca in ožilja so eden glavnih vzrokov umrljivosti v Sloveniji.	92	86,2	12,8	1,3
Koronarna bolezen je glavni vzrok smrti pri moških po 65. letu.	92	63,2	22,3	14,5
Akutni koronarni sindrom se pojavlja pri obeh spolih enako.	92	20,2	58,5	21,6
Srčno-žilne bolezni so bolezni le starejših ljudi.	92	10,6	77,7	11,7
Akutni koronarni sindrom označuje stanje pacienta, ki ima kritično ishemijo miokarda.	92	58,5	15,0	26,5
Osnovni diagnostični kriterij je pekoča ali stiskajoča bolečina za prsnico.	92	76,6	7,4	16
Bolečina lahko izžareva v vrat.	92	64,8	18,1	17,1
Bolečina lahko izžareva v levo roko.	92	77,7	4,2	18,1
Bolečino spremlja bruhanje in slabost.	92	58,5	19,1	22,4



Pacient se lahko duši.	92	63,8	20,2	16
Pri pacientu lahko pride do motenj zavesti.	92	81,9	4,3	13,8
Najpogostejši vzrok za zoženje koronarnih arterij je ateroskleroza.	92	72,3	8,5	19,2
Med akutni koronarni sindrom prištevamo srčno popuščanje.	92	47,5	30,2	22,3
Stenokardija se pojavlja pri vseh koronarnih pacientih.	92	29,2	46,8	24
Pacienti z miokardnim infarktom so zaradi hude bolečine velikokrat bledi in potni.	92	76,6	6,4	17
Med zaplete akutnega koronarnega sindroma prištevamo motnje srčnega ritma.	92	70,2	8,5	21,3
Vsak pacient s sumom na akutni koronarni sindrom dobi zdravila MONA (morfij, kisik, nitroglicerina, aspirin).	92	48,9	26,6	24,5
Vitalne funkcije pacientu pomerimo takoj.	92	80,9	7,4	11,7
Pri pacientu, kjer je prisotna bolečina za prsnico je treba čimprej posneti EKG.	92	85,1	3,2	11,7
Vsakega pacienta s sumom na akutni koronarni sindrom damo v položaj za nezavestnega (na bok).	92	33,0	46,8	20,2
Pri miokardnem infarktu je prisotna huda stiskajoča bolečina, ki ne preneha niti po ponovnem odmerku nitroglicerina in traja več kot 30 minut.	92	71,3	6,4	22,3

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Tabela 4 prikazuje znanje študentov o akutnem koronarnem sindromu glede na letnik študija. Statistično pomembne razlike med študenti 2. in 3. letnika so pri oceni trditve: Bolezni srca in ožilja so eden glavnih vzrokov umrljivosti v Sloveniji ( $p = 0,003$ ); Akutni koronarni sindrom se pojavlja pri obeh spolih enako ( $p = 0,013$ ); Srčno-žilne bolezni so bolezni le starejših ljudi ( $p = 0,001$ ); Akutni koronarni sindrom označuje stanje pacienta, ki ima kritično ishemijo miokarda ( $p = 0,026$ ); Osnovni diagnostični kriterij je pekoča ali stiskajoča bolečina za prsnico ( $p = 0,001$ ); Bolečina lahko izzareva v vrat ( $p = 0,001$ ); Bolečino spremljata bruhanje in slabost ( $p = 0,001$ ); Pacient se lahko duši ( $p = 0,001$ ); Pacienti z miokardnim infarktom so zaradi hude bolečine velikokrat bledi in potni ( $p = 0,044$ ); Vitalne funkcije pacientu pomerimo takoj ( $p = 0,001$ ); Pri pacientu, kjer je prisotna bolečina za prsnico je treba čimprej posneti EKG ( $p = 0,030$ ); Pri miokardnem infarktu je prisotna huda stiskajoča bolečina, ki ne preneha niti po ponovnem odmerku nitroglicerina in traja več kot 30 minut ( $p = 0,011$ ). Pri naštetih trditvah je  $p < 0,05$ , zato ničelno hipotezo zavrnamo in sprejmemo nasprotno – med

letnikoma študija prihaja do statistično pomembnih razlik pri znanju o akutnem koronarnem sindromu. Trdimo, da imajo študenti 3. letnika več znanja, kot študenti 2. letnika. Opisna statistika po skupinah pokaže povprečje trditev glede na letnik študija. Anketirani so pri trditvah obkroževali vrednosti, pri čemer je veljalo: 1 – da; 2 – ne; 3 – ne vem.

**Tabela 4: Znanje študentov o akutnem koronarnem sindromu glede na letnik študija**

Znanje študentov	Letnik študija	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Bolezni srca in ožilja so eden glavnih vzrokov umrljivosti v Sloveniji.	2. letnik	42	1,00	0,000	9,328	0,003
	3. letnik	50	1,08	0,359		
Koronarna bolezen je glavni vzrok smrti pri moških po 65. letu.	2. letnik	42	1,47	0,830	0,001	0,984
	3. letnik	50	1,48	0,821		
Akutni koronarni sindrom se pojavlja pri obeh spolih enako.	2. letnik	42	1,95	0,676	6,513	0,013
	3. letnik	50	1,87	0,414		
Srčno-žilne bolezni so bolezni le starejših ljudi.	2. letnik	42	1,93	0,255	11,253	0,001
	3. letnik	50	1,82	0,393		
Akutni koronarni sindrom označuje stanje pacienta, ki ima kritično ishemijo miokarda.	2. letnik	42	1,39	0,638	5,138	0,026
	3. letnik	50	1,55	0,820		
Osnovni diagnostični kriterij pri akutnem koronarnem sindromu je pekoča bolečina za prsnico.	2. letnik	42	1,01	0,554	14,995	0,001
	3. letnik	50	1,07	0,334		
Bolečina lahko izžareva v vrat.	2. letnik	42	1,18	0,446	14,596	0,001
	3. letnik	50	1,42	0,793		
Bolečina lahko izžareva v levo roko.	2. letnik	42	1,07	0,545	1,983	0,163
	3. letnik	50	1,21	0,577		
Bolečino spremlja bruhanje in slabost.	2. letnik	42	1,32	0,525	11,896	0,001
	3. letnik	50	1,55	0,791		
Pacient se lahko duši.	2. letnik	42	1,21	0,413	11,742	0,001
	3. letnik	50	1,41	0,658		
Pri pacientu lahko pride do motenj zavesti.	2. letnik	42	1,13	0,414	2,183	0,143
	3. letnik	50	1,07	0,334		
Najpogostejši vzrok za zoženje koronarnih arterij je ateroskleroza.	2. letnik	42	1,26	0,554	0,213	0,646
	3. letnik	50	1,27	0,660		
Med akutni koronarni sindrom prištevamo srčno popuščanje.	2. letnik	42	1,73	0,727	2,034	0,158
	3. letnik	50	1,71	0,611		
Stenokardija se pojavlja pri vseh koronarnih pacientih.	2. letnik	42	1,98	0,636	1,296	0,258
	3. letnik	50	2,03	0,731		
Pacienti z miokardnim infarktom so	2. letnik	42	1,14	0,462	4,182	0,044

zaradi hude bolečine velikokrat blede in potni.	3. letnik	50	1,26	0,601		
Med zaplete akutnega koronarnega sindroma prištevamo motnje srčnega ritma.	2. letnik	42	1,24	0,590	3,678	0,059
	3. letnik	50	1,39	0,722		
Vsak pacient s sumom na akutni koronarni sindrom dobi zdravila MONA (morfij, kisik, nitroglicerina, aspirin).	2. letnik	42	1,52	0,731	0,049	0,826
	3. letnik	50	1,66	0,745		
Vitalne funkcije pacientu pomerimo takoj.	2. letnik	42	1,02	0,151	24,583	0,001
	3. letnik	50	1,16	0,370		
Pri pacientu, kjer je prisotna bolečina za prsnico je treba čimprej posneti EKG.	2. letnik	42	1,00	0,000	4,896	0,030
	3. letnik	50	1,05	0,526		
Vsakega pacienta s sumom na akutni koronarni sindrom damo v položaj za nezavestnega (na bok).	2. letnik	42	1,68	0,620	0,027	0,869
	3. letnik	50	1,73	0,624		
Pri miokardnem infarktu je prisotna huda stiskajoča bolečina, ki ne preneha niti po ponovnem odmerku nitroglicerina in traja več kot 30 minut.	2. letnik	42	1,20	0,553	6,774	0,011
	3. letnik	50	1,39	0,755		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost; Lestvica: 1 – da; 2 – ne; 3 – ne vem

V nadaljevanju je predstavljena analiza podatkov drugega vsebinskega sklopa, kjer smo želeli ugotoviti, kateri dejavniki, po mnenju anketiranih, vplivajo na nastanek koronarne bolezni. Raziskovalno vprašanje 2: Kako so študentje poučeni o prepoznavanju dejavnikov tveganja za nastanek akutnega koronarnega sindroma?

Tabela 5 prikazuje dejavnike tveganja za nastanek koronarne bolezni. Anketirani študenti so visoko strinjanje navedli pri oceni trditev, da je kajenje najpogostejši dejavnik tveganja za koronarno bolezen (PV = 3,72, SO = 0,985). Strinjali so se tudi s trditvami, da je tveganje za akutni koronarni sindrom večje pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2 (PV = 4,00, SO = 0,943) da ima dednost pomembno vlogo pri razvoju akutnega koronarnega sindroma (PV = 3,83, SO = 1,131), da psihični stres vpliva na ponovni pojav koronarnega sindroma (PV = 4,30, SO = 0,781), da redna telesna vadba znižuje umrljivost za bolezen srca in ožilja (PV = 4,50, SO = 0,774), da način življenja brez fizične aktivnosti vodi k večji pogostosti miokardnega infarkta (PV = 4,41, SO = 0,816), da ima debelost vpliv na presnovo maščob (PV = 4,44, SO = 0,787) in da debelost ima vpliv na povišanje krvnega pritiska (PV = 4,48, SO = 0,946). Anketirani nižje strinjanje navajajo pri trditvah, da na vse dejavnike tveganja za nastanek koronarnega sindroma lahko pacienti vplivajo sami (PV = 3,07, SO = 1,040) in da

aterosklerozo lahko preprečujemo, vendar je ne moremo zdraviti (PV = 3,00, SO = 1,165).

**Tabela 5: Trditve, povezane z dejavniki tveganja za nastanek koronarne bolezni**

TRDITVE	n	PV	SO	MIN	MAX
Na vse dejavnike za nastanek koronarnega sindroma lahko pacienti vplivajo sami.	92	3,07	1,040	1	5
Kajenje je najpogostejši dejavnik tveganja za koronarno bolezen.	92	3,72	0,985	1	5
Aterosklerozo lahko preprečujemo, vendar je ne moremo zdraviti.	92	3,00	1,165	1	5
Redna telesna vadba znižuje umrljivost za boleznimi srca in ožilja.	92	4,50	0,774	1	5
Način življenja brez fizične aktivnosti vodi k večji pogostosti miokardnega infarkta.	92	4,41	0,816	1	5
Debelost ima vpliv na presnovo maščob.	92	4,44	0,787	1	5
Tveganje za koronarni sindrom je večje pri pacientih s sladkorno bolezen tipa 2.	92	4,00	0,943	2	5
Dednost ima pomembno vlogo pri razvoju akutnega koronarnega sindroma.	92	3,83	1,131	1	5
Debelost ima vpliv na povišanje krvnega tlaka.	92	4,48	0,946	1	5
Psihični stres vpliva na ponovni pojav akutnega koronarnega sindroma.	92	4,30	0,781	2	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = minimalna vrednost odgovora; MAX = maksimalna vrednost odgovora; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 6 prikazuje dejavnike tveganja za nastanek koronarne bolezni glede na letnik študija. Statistično pomembne razlike med študenti 2. in 3. letnika so pri oceni trditvev: Redna telesna vadba znižuje umrljivost za boleznimi srca in ožilja ( $p = 0,046$ ); Dednost ima pomembno vlogo pri razvoju akutnega koronarnega sindroma ( $p = 0,039$ ). Med letnikom študija in trditvama prihaja do statistično pomembnih razlik. Trdimo, da študentje 3. letnika bolje poznajo dejavnike tveganja za nastanek koronarne bolezni, kot študenti 2. letnika. Opisna statistika po skupinah pokaže povprečne vrednosti trditvev glede na letnik študija. Anketirani so pri trditvah obkroževali vrednosti, pri čemer je

veljalo: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam. Povprečne vrednosti so prikazane v tabeli 5.

**Tabela 6: Dejavniki tveganja za nastanek koronarne bolezni glede na letnik študija**

Znanje študentov	Letnik študija	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Na vse dejavnike tveganja za nastanek akutnega koronarnega sindroma lahko pacienti vplivajo sami.	3. letnik	42	3,11	1,110	1,971	0,164
	2. letnik	50	3,02	0,988		
Kajenje je najpogostejši dejavnik tveganja za koronarno bolezen.	3. letnik	42	3,77	0,996	0,306	0,581
	2. letnik	50	3,66	0,994		
Aterosklerozo lahko preprečujemo, vendar je ne moremo zdraviti.	3. letnik	42	3,16	1,053	0,456	0,501
	2. letnik	50	2,88	1,258		
Redna telesna vadba znižuje umrljivost za boleznimi srca in ožilja.	3. letnik	42	4,63	0,655	4,099	0,046
	2. letnik	50	4,34	0,878		
Način življenja brez telesne aktivnosti vodi k večji pogostosti miokardnega infarkta.	3. letnik	42	4,47	0,909	0,385	0,537
	2. letnik	50	4,43	0,714		
Debelost vpliva na presnovo maščob.	3. letnik	42	4,37	0,786	0,255	0,615
	2. letnik	50	4,51	0,798		
Tveganje za akutni koronarni sindrom je večje pri pacientih s sladkorno bolezen tipa 2.	3. letnik	42	3,89	0,953	0,204	0,653
	2. letnik	50	4,09	0,947		
Dednost ima pomembno vlogo pri razvoju akutnega koronarnega sindroma.	3. letnik	42	3,53	1,268	4,421	0,039
	2. letnik	50	4,09	0,947		
Debelost vpliva na povišanje krvnega pritiska.	3. letnik	42	4,56	1,007	0,603	0,440
	2. letnik	50	4,37	0,903		
Stres vpliva na ponovni pojav akutnega koronarnega sindroma.	3. letnik	42	4,11	0,831	0,169	0,682
	2. letnik	50	4,47	0,702		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

V zadnjem vsebinskem sklopu smo ugotavljali mnenje študentov o vlogi medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji pacienta z miokardnim infarktom.

Raziskovalno vprašanje 3: Kakšno je mnenje študentov o vlogi medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji pacienta z miokardnim infarktom?

Tabela 7 prikazuje mnenje študentov o vlogi medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji pacienta z miokardnim infarktom. Anketirani študenti so visoko strinjanje navedli pri oceni trditve, da se za delo s pacienti, ki so utrpeli akutni koronarni sindrom, od medicinske sestre pričakuje visoka stopnja strokovnega znanja (PV = 4,60, SO = 0,665), da z zdravstveno vzgojnim delom spodbudimo pacienta k razmišljanju o spremembi načina svojega življenja (PV = 4,51, SO = 0,823), da je cilj zdravstvene vzgoje izboljšati kakovost življenja pacientov (PV = 4,35, SO = 0,951), da medicinska sestra z zdravstveno vzgojo pacientu pripomore k zmanjšanju ponovnega nastanka miokardnega infarkta (PV = 4,30, SO = 0,749), da pacient prejme od medicinske sestre največ informacij o svoji bolezni (PV = 3,52, SO = 1,074), da medicinska sestra pacientu svetuje, kako reagirati ob pojavu bolečine (PV = 4,05, SO = 0,893), da se zdravstvena vzgoja začne s sprejemom pacienta na oddelek (PV = 4,30, SO = 0,968) in da z zdravstveno vzgojnim delom zmanjšamo najpogostejše dejavnike tveganja za nastanek srčnih obolenj (PV = 4,21, SO = 0,862). Anketirani nižje strinjanje navajajo pri trditvi, da se zdravstvena vzgoja zaključi, ko pacient pride domov z bolnišnične oskrbe (PV = 2,33, SO = 1,449).

**Tabela 7: Vloga medicinske sestre in zdravstvena vzgoja pacienta**

Trditve povezane z vlogo medicinske sestre in zdravstveno vzgojo pacienta					
TRDITVE	n	PV	SO	MIN	MAX
Za delo s pacienti, ki so utrpeli za akutni koronarni sindrom se od medicinske sestre pričakuje visoka stopnja strokovnega znanja.	92	4,60	0,665	2	5
Medicinska sestra z zdravstveno vzgojo pacienta pripomore k zmanjšanju ponovnega nastanka miokardnega infarkta.	92	4,30	0,749	3	5
Pacient prejme od medicinske sestre največ informacij o svoji bolezni.	92	3,52	1,074	1	5
Medicinska sestra pacientu svetuje, kako reagirati ob pojavu bolečine.	92	4,05	0,893	2	5
Zdravstvena vzgoja se začne s sprejemom pacienta na oddelek.	92	4,30	0,968	1	5
Cilj pri zdravstveni vzgoji je izboljšanje kakovosti življenja pacientov.	92	4,35	0,951	1	5
Zdravstvena vzgoja se zaključi ko pacient pride domov z	92	2,33	1,449	1	5

bolnišnične oskrbe.					
Z zdravstveno vzgojnim delom spodbudimo pacienta k razmišljanju o spremembi načina svojega življenja.	92	4,51	0,823	1	5
Z zdravstveno vzgojnim delom zmanjšamo najpogostejše dejavnike tveganja za nastanek srčnih obolenj.	92	4,21	0,862	1	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = minimalna vrednost odgovora; MAX = maksimalna vrednost odgovora; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

### 3.5 RAZPRAVA

Namen naše raziskave je bil raziskati znanje in ugotoviti mnenja študentov zdravstvene nege o AKS, saj prepoznavanje simptomov in dejavnikov tveganja bolezni pripomore k zmanjševanju zapletov bolezni. Zanimalo nas je, kako so anketiranci poučeni o prepoznavanju simptomov pri pacientu s koronarno boleznijo. Večina anketirancev je pri prepoznavanju simptomov AKS izbrala pekočo in stiskajočo bolečino za prsnico, le polovica pa je izbralo dušenje, omotico, bruhanje in slabost. Podobno študijo je predstavil Wiggins s sodelavci (2013), kjer so vključili 6704 pacientov, obolelih z AKS. Preučevali so, s katerim simptomom se najpogosteje spopadajo pacienti pred prihodom v bolnišnično okolje. Kot najpogostejši simptom so navedli bolečine za prsnico, več kot polovica se je opredelila z oteženim dihanjem, ter malo manj kot polovica s slabostjo in siljenjem na bruhanje.

Pri trditvi, da med AKS uvrščamo srčno popuščanje, se je pritrnilno opredelila kar polovica anketiranih. Trditev je sicer napačna, saj, kot navaja Fras (2014b), srčnega popuščanja ne uvrščamo med koronarni sindrom, vendar pa ga lahko opredelimo kot zaplet miokardnega infarkta, saj zaradi zamašenosti arterij, ki preprečijo zadostno oskrbo hranil in kisika določenemu delu miokardne mišice povzroči odmrtje srčne mišice. Preostali del mišice srca mora zaradi odmrtja določenega dela delati hitreje in močnejše, da nadoknadi izgubljeno s tem pa se še dodatno preobremeni srce in pride do srčnega popuščanja (Granda, 2013).

Več kot polovica anketiranih študentov je menila, da se koronarna bolezen pojavlja pri obeh spolih enako. Že v teoretičnem delu smo navedli trditve, da na podlagi rezultatov izvedenih raziskav ženske zbole vajo približno 10 let kasneje kot moški, saj jih ščiti hormon estrogen, ki preprečuje vnetje in zmanjša možnost za nastanek koronarnega

sindroma. Vendar Šuput (2014) trdi, da v resnici za miokardnim infarktom umre več žensk kot moških, saj po navadi njihove simptome prepisujejo nečemu drugemu, manj nevarnemu, ter se tudi simptomi drugače kažejo kot pa pri moški populaciji.

Polovica anketirancev je svoje znanje o medikamentozni terapiji MONA podala pri trditvi, da omenjeni akronim prejme vsak pacient, za katerega sumimo, da je obolel za koronarnim sindrom. Radšel, et al. (2015) opozarja, da zdravljenje pacienta poteka tako, da ga v začetku začnemo zdraviti z acetilsalicilno kislino in nitroglicerinom, če ta ni kontraindiciran. Ugotavlja tudi, da če bolečina za prsnico po aplikaciji nitroglicerina popusti, aplikacija morfija ni več potrebna. Noč in sodelavci (2013) so z raziskavo ugotavljali pomembnost kisika za zdravljenje pacienta, ter dognali škodljive učinke hiperoksije pri pacientih, ki niso imeli zapletene koronarne bolezni. Tako so skupaj postavili smernice, da se kisik aplicira pacientom, katerih saturacija je nižja od 94%, razen pri pacientih s kronično obstruktivno pljučno bolezen (KOPB) pri katerih moramo biti pozorni na ciljno vrednost saturacije med 88 in 92%.

Raziskava je pokazala tudi razliko o poznavanju simptom in ukrepanju med 2. in 3. letnikom rednih študentov na FZAB. Ugotovili smo, da so študentje v 3. letniku bolje poučeni o ukrepanju in prepoznavanju simptomov koronarne bolezni. Čeprav smo anketirali v mesecu decembru 2016 in januarju 2017, ko so študentje 2. letnika že zaključili z vsem predavanjem pri predmetu Zdravstvena nega internističnega bolnika, ki zajema poglavja o koronarnem sindromu je splošno znanje pri omenjenih študentih precej slabše kot pri študentih v 3. letniku. Razliko v znanju lahko povežemo tudi s praktičnim delom, saj je Tepina (2011) dokazala, da je študentom kakovostna in obsežna praksa, ki so jo pridobili študentje do 3. letnika, omogočala tudi boljše teoretično znanje.

V raziskavi smo se osredotočili na prepoznavanje dejavnikov tveganja. Kot najpogostejši dejavnik tveganja za nastanek AKS so anketirani študentje navedli kajenje in stres. Naše ugotovitve lahko primerjamo s študijo WHO (2012), s katero so raziskovali kateri dejavniki se najpogosteje pojavljajo pri pacientih obolelih z AKS. Ugotovili so, da je imelo največ obolelih pacientov previsok krvni tlak, kot drugi najpogostejši dejavnik tveganja so opredelili kajenje, tretje mesto pa so prepisali stresnemu življenju. Podobno ugotovitev so raziskali na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (2013) v raziskavi Dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni, kjer so



ugotovili, da sta zaradi sodobnega načina življenja vedno večja prisotnost stresa in kajenja, ki močno ogrožata zdravje in privedeta do koronarnega sindroma. Marušič (2013) je s sodelavci prišel do spoznanja, da povišan krvni tlak, hiperlipidemija, telesna neaktivnost, prekomerna telesna teža in kajenje predstavljajo glavne razloge koronarne smrti. Če bi zdravstveni tim s pacientom pomagal spremeniti njihov življenjski slog bi lahko predvidoma preprečili do 90% sladkorne bolezni tipa 2 in približno do 80% vseh koronarnih bolezni. V naši raziskavi smo ugotovili, da študenti na splošno dobro poznajo dejavnike tveganja za AKS. Iz dane ugotovitve lahko sklepamo, da se študentje zavedajo nevarnosti tveganja za razvoj bolezni, saj bodo le z znanjem in upoštevanjem ustrezno motivirali in spodbujali paciente, da spremenijo svoj način življenja.

Ugotavljali smo tudi mnenja študentov o vlogi medicinske sestre in zdravstvene vzgoje pri pacientu. Študentje so v največji meri menili, da medicinska sestra največ časa preživi s pacientom ter, da za uspešno delo s pacientom potrebuje visoko stopnjo znanja. Tudi študija avtorice Westbrook (2011) dokazuje, da je medicinska sestra tista, ki s pacientom preživi največ časa in je njihova največja zaupnica. Spoznala je tudi, da mora biti zdravstveni tim visoko izobražen o poznavanju znakov, srčnih motenj, zapletov, načinu zdravljenja in dejavnikih tveganja, ter sprotno vključiti nove smernice za obravnavo pacienta.

Več kot polovica anketiranih študentov je menila, da je medicinska sestra tista, od katere pacient prejme največ informacij o koronarni bolezni in, ki mu svetuje kako reagirati ob pojavu bolečine. Vendar je Aristotnikova (2016) s svojo raziskavo ugotovila, da so se pacienti najpogosteje strinjali, da prejmejo od zdravnikov največ podatkov o svoji bolezni ter tudi o tem, kako reagirati ob pojavu bolečine. Čeprav so se medicinske sestre pri izpolnjevanju vprašalnika za izvajanje zdravstveno vzgojnega dela opredelile, da ga opravljajo kakovostno in korektno, je bila večina pacientov mnenja, da od medicinske sestre niso prejeli dovolj informacij. Ugotovila je tudi, da pacienti ne dobijo dovolj znanja, nasvetov in pisnega gradiva, v večini primerov pred odpustom pacienti ne poznajo dejavnikov tveganja za nastanek AKS, ne vedo kako jih odpraviti ter kot navaja jih več kot polovica ni motivirana za spremembo življenjskega sloga. V naši raziskavi je razvidno tudi, da večina študentov meni, da se zdravstvena vzgoja začne že s sprejemom pacienta na oddelek. Do podobnih ugotovitev je prišla Ocepkova s sodelavci (2014), ki trdi, da statistični podatki v klinični praksi kažejo na to, da mora

medicinska sestra poskrbeti za ustrezno zdravstveno vzgojo že ob sprejemu pacienta na oddelek, če le ni kontraindikacij, med katere prištevamo ponavljajoče stenokardije, motnje srčnega ritma in znake srčnega popuščanja. Pojasnjuje tudi, da je pacient, ki je utrpel AKS v akutni fazi, bolezni najbolj zdravstveno vzgojno motiviran. Pri tem pomembno vlogo igra medicinska sestra, ki mora izkoristiti trenutek in pacienta ustrezno spodbuditi k razmišljanju o spremembi načina življenja v kar največji možni meri.

#### Omejitve raziskave

Kot omejitev raziskave navajamo vzorec, saj smo zajeli študente dveh letnikov le ene fakultete in rezultatov ne moremo posploševati na populacijo študentov zdravstvene nege. Verjetno bi bilo smiselno raziskavo opraviti med študenti na različnih zdravstvenih šolah po Sloveniji in jih med seboj primerjati. S tem bi ugotovili ustrezno teoretično poučenost na predavanjih in usposobljenost študentov za delo s pacienti s koronarno boleznijo.

## 4 ZAKLJUČEK

Koronarne bolezni med vsemi nenalezljivimi boleznimi povzročajo največje breme v Sloveniji, zato je posebno pozornost treba nameniti dejavnikom tveganja za omenjene bolezni. Odpravljanje dejavnikov tveganja pri pacientih z AKS in njegovo preventivno delovanje sta izjemnega pomena, ker s tem preprečimo nastanek in ponovitev akutnega dogodka.

Medicinska sestra, ki ima visoko stopnjo znanja in je strokovno dobro podkovana lahko opravi izjemen delež za pacienta, vendar je brez pacientovega vložka v spremembo lahko ves trud zaman. Pacient mora doumeti, da ima pri ohranjanju in vzdrževanju zdravja najpomembnejšo vlogo sam. Pomembno je, da mu svetujemo z opustitvijo slabih razvad, odpravljanjem psihičnega stresa ter drugih dejavnikov tveganja, saj bo le tako sam obvladoval svojo bolezen in jo lažje razumel.

Raziskava je pokazala, da je znanje anketirancev na področju koronarnega sindroma pomanjkljivo. Sicer so dobro poučeni o dejavnikih tveganja za nastanek koronarne bolezni, vendar jim primanjkuje znanja o splošni zdravstveni negi, prepoznavanju znakov in ukrepanju ob sumu na koronarni sindrom. Poznavanje simptomov pri študentih zdravstvene nege je ključnega pomena, saj z znanjem, strokovnostjo in usposobljenostjo lahko prepoznajo življenjsko ogrožajoče stanje pri pacientu ter ga v okviru zdravstvene vzgoje ustrezno poučijo kako reagirati ob neželenem pojavu.

Glede na ugotovitve, ki smo jih pridobili z diplomskim delom, predlagamo, da se zaradi pogostosti pojava koronarne bolezni pri pacientih, kjer je potrebna visoka stopnja znanja, na FZAB pri predmetu Internistična zdravstvena nega uvede poglobljeno obravnavanje omenjene teme. S tem bi študent pridobil ustrezno znanje ter lažje pripomogel k zmanjševanju dejavnikov tveganja in prepoznavanju simptomov ter znal ustrezno ukrepati ob akutnem dogodku.

## 5 LITERATURA

Accetto, R., 2009. Posodobljene smernice za obravnavanje arterijske hipertenzije. In: P. Dolenc, ed. *XVIII. Strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo: zbornik predavanj. Portorož, 26.-27. november, 2009.* Ljubljana: Sekcija za arterijsko hipertenzijo, Slovensko zdravniško društvo, pp. 31-36.

Ambrožič, M., 2008. Trajna rehabilitacija koronarnih bolnikov. In: M. Ambrožič, ed. *Pripomoček za zdravnike v urgentni medicini.* Maribor: Cankarjeva založba, pp. 14-29.

Andoljšek, D., 2011. Simptomi in znaki bolezni. In: Košnik, M, Mravlje, F, Štajer, D, Črnelč, P, Koželj, M, Andoljšek, D, eds. *Interna medicina.* Ljubljana: Založba Littera Picta, d. o. o., Slovensko medicinsko društvo, pp. 145-155.

Aristovnik, E., 2016. *Zdravstvena vzgoja pacienta po akutnem miokardnem infarktu v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana: analiza zdravstveno vzgojnega delovanja pri pacientih: magistrsko delo.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana.

Bombek, M. & Escarrabill, J., 2009. Assessing acute myocardial infarction. *Emergency nurse.* 30(2), pp. 26-29.

Bregant, G., 2009. *Uporaba enote helikopterske nujne medicinske pomoči pri obravnavi bolnikov z akutnim koronarnim sindromom: diplomsko delo.* Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Univerza v Mariboru.

Brewer, A., 2010. Nursing practice breakdowns: good and bad nursing. *Medsurg Nursing,* 21(1), pp. 16-22.

Brumen, M., 2010. Tudi zdravstvena nega se sooča z izzivi gospodarske krize. *Obzornik zdravstvene nege,* 44 (2), pp. 68-71.

Bulc, M., Clemenž, M. & Hawlina, G., 2010. Antiagregacijsko zdravljenje po perkutani koronarni intervenciji (PCI) pogled s strani različnih medicinskih strok. In: Bulc, ed. *Akutni koronarni sindrom: zbornik predavanj. Šmarješke Toplice, 31. maj 2010.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov-Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 14-20.

Dobovišek, D., 2007. Pojavnost glavnih srčno žilnih dogodkov po vstavitvi navadnih opornic in opornic z zdravili. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(1), pp. 4-9.

Dolenc, P., 2012. Merjenje krvnega tlaka. In: P. Dolenc, ed. *Strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo. Portorož 26. november 2012.* Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo, pp. 55-59.

Filej, B., 2010. Pomen povezovanja teorije in prakse v zdravstveni negi. In: Skela Savič, B., ed. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 103-106.

Filej, B., 2015. Pogled študentov magistrskega študija vzgoje in menedžmenta v zdravstvu na pridobljeno znanje. *Obzornik zdravstvene nege*, 49 (2), pp. 126-135.

Fras, Z., 2014a. Populacijski in epidemiološki podatki o koronarni bolezni in njenih zapletih in podlage za usmerjeno primarno preventivo pri ženskah. In: M. Bunc & N. Kranjčević, eds. *9. Posvet o kronični bolezni srca. Novo mesto, 12. april 2014.* Slovenske Konjice: Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini, pp. 10-13.

Fras, Z., 2014b. Populacijski in epidemiološki podatki o koronarni bolezni in njenih zapletih in podlage za usmerjeno primarno preventivo pri ženskah. In: Eržen, J. ed. *Posvet o kronični bolezni srca. Žensko srce: celovit pristop k obravnavi žensk s koronarno boleznijo. 12. april 2014.* Novo mesto: Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini, pp.10-12.

Gerrard, J., Gabbott, D., & Lockey, A., 2014. Coronary disease. *European Resuscitation Council of Nursing studies*, 38(2), pp. 24-28.

Gerrish, K. & Lacey, A., 2010. The research process in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), pp. 142-150.

Golc, J., Kamenik, M. & Zorman, T., 2009. *Interna medicina-propedeutika: klinične vaje*. Maribor: Medicinska fakulteta, pp. 18-25.

Gradič, A., 2011. Timska obravnava pacienta z akutnim koronarnim sindromom. In: T. Žontar & A. Kvas, eds. *Nove smernice pri obravnavi življenjsko ogroženega bolnika s srčno-žilnimi obolenji. Radenci 3-4. junij 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov-Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp.15-20.

Gričar, M., 2008. Diagnostika in zdravljenje bolnika z akutnim miokardnim infarktom. In: A. Kvas, ed. *Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno-žilnih bolnikov. Moravske Toplice, 3-6. junij 2008*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija- Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji. 40(2), pp. 9-11.

Granda, S., 2013. Novosti pri obravnavi akutnega koronarnega sindroma. In: T. Žontar & A. Kvas, eds. *Internistična in kirurška obravnava kardiološkega bolnika z roko v roki: zbornik predavanj. Šmarješke Toplice 26. avgust 2013*. Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 151-154.

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, pp. 171-180.

Hostar, H., 2012. *Zdravstvena vzgoja pacienta z miokardnim infarktom: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

Hovnik, Keršmanc, M., 2014. Program za spodbujanje zdravega načina življenja v lokalnem okolju-predstavitev v gorenjski regiji. In: I. Avberšek, Lužnik, B. Skela, Savič, I. Grmek, Košnik, eds. *Etiologija in patologija debelosti*. Jesenice, 13. oktober 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo Jesenice, pp. 175-182.

Hribar, R., 2010. *Vadba pri kronični bolezni - koronarna bolezen: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Jezernik, D., 2009. *Akutni koronarni sindrom-prepoznavna in prvi ukrepi s strani diplomirane zdravstvenika in analiza AKS v intenzivni enoti: diplomsko delo*. Maribor: Visoka zdravstvena šola Maribor.

Juneag, C. & Suedlund, N., 2014. Advancing nursing practice: redefining the theoretical and practical Integration of knowledge. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (5-6), pp. 873-881.

Kapš, P., Kapš, R., Kapš, Z. & Ostojič Kapš, S., 2009. *Bolezni srca in žilja*. Novo Mesto: Grafika Tomi, pp. 102-111.

Kraft, J., 2015. Oblike in razsežnosti znanja v oraganizaciji. In: S. Možina & J. Kovač, eds. *Menedžment znanja*. Maribor: Založba Pivec, pp. 55-69.

Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo?. In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja- moč medicinskih sester. Slovenije Moč za spremembe medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema. Moravske Toplice 3.-6. junij 2011*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 33-45.

Lebar, M., 2015. *Cronbach alfa koeficient*. [online]. Available at: <http://www.statistik.si/nasveti/cronbach-alfa-koeficient/> [Accessed 2 May 2017].

Lipar, L., 2014. Hitra bolnišnična rehabilitacija bolnikov po miokardnem infarktu. In: T. Žontar & A. Kvas, eds. *Urgentna stanja v kardiologiji in angiologiji -zbornik prispevkov z recenzijo. XXXII. Strokovno srečanje, Šmarješke Toplice, 16. maj 2014*. Šmarješke Toplice: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 77-83.

Marušič, D., Rozman, M., Klasinc, M., & Pernat, S., 2013. Zdravstvena vzgoja pacienta z miokardnim infarkt. In: D. Klemenc, S. Majcen Dvoršak, T. Štemberger Kotnik, eds. *9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije Moč za spremembe medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema. Kongresni center Brdo- Brdo pri Kranju 9. in 10. maj 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 18-24.

Mikelj, V., 2014. Spremljanje bolnika z motnjami krvnega tlaka. In: A. Perko & I. Hajdarevič, eds. *Postopki in pripomočki za nadzor življenjskih funkcij, 41. strokovni seminar: zbornik predavanj. Rogla, 19. maj 2014*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziji, pp. 17-23.

Mlakar, P., 2007. Načini ugotavljanja zdravstvene pismenosti bolnikov s srčnim popuščanjem. In: A. Kvas, ed. *Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno žilnih bolnikov: zbornik predavanj. Bled 14. november 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 81-88.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2013. *Nacionalni program primarne preventivne srčno-žilnih bolezni*. [online]. Available at: <http://www.nijz.si/sl/search/node/dejavniki> [Accessed 13 May 2017].



Nayat, P. A., Clemmson, D. & Castle, K., 2014. Identifying the Educational Needs and Concerns of nursing's students. *Clinical Journal of Cardiology Nursing*, 15(4), pp. 53-58.

Noč, M., Mohor, M. & Žmavc, A., 2008. Akutni koronarni sindrom-priporočila za obravnavo v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 30(2), pp. 15-20.

Noč, M., Kranjec, I. & Zorman, D. 2013. Akutni koronarni sindrom. *Obzornik zdravstvene nege*; 42 (3), pp. 11-15.

Ocepek, S. & Zobavnik, J., 2008. Zdravstvena vzgoja bolnika po akutnem miokardnem infarktu. In: A. Kvas, ed. *Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno žilnih bolnikov. Zbornik predavanj. Bled, 14. november 2008*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 31-36.

Ocepek, J., Horvat, M., Gorjan, R. & Jošar, D., 2014. Bolnik s kardiogenim šokom. In: T. Žontar ed. *Urgentna stanja v kardiologiji in angiologiji. Šmarješke Toplice, 16. maj 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 120-127.

Piepoli, M., Dendale, P., Corrà, U., Benzer, W. & Gaita, D., 2010. Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. *A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, pp. 1–14.

Ploj, T., 2011. Simptomi in znaki bolezni. In: M. Košnik., M. Mravlje, F. Štajer, D. Črnelč, P. Koželj, & D. Andoljšek, eds. *Interna medicina*. Ljubljana: Založba Littera Picta, d. o. o., Slovensko medicinsko društvo, pp. 56-63.

Prestor, J., 2009. Akutni koronarni sindrom in ukrepanje na terenu. In: A. Kvas. eds. *Urgentna stanja v patronažnem varstvu. Moravske Toplice 6. 11. 2009*. Moravske

Toplice: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 120-127.

Radšel, P., Čerček, M., Lipar L, Kompara, G., Prosen, G. & Noč, M. 2015. Akutni koronarni sindrom. *Smernice za obravnavo v Sloveniji v letu 2015*. Ljubljana: Društvo Iatros, Društvo za napredek v medicini.

Rajapakse, R., 2013. Aplikacija zdravil pri pacientu ob prisotnosti zdravnika ali brez. In: Crnič, I., ed. *Prepoznavanje in ustrezno ukrepanje ob življenjsko ogroženem pacientu-zbornik predavanj Moravske Toplice 5.-6. 11. 2013*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 90-97.

Ramšak Pajk, J., 2011. Znanje- temelj zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 237-238.

Ravikiran, M., Bhanasali, A., & Bhansali, S., 2010. Prevalence and risk factors of metabolic syndrome among students: A community survey. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 89 (2), pp. 181-188.

Repas, M. *Standardi in postopki obravnave bolnika z akutnim miokardnim infarktom v enoti interne intenzivne medicine: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Salobir, B., Mlakar, P., Jug, B., Čobo, N., Terčelj, M. & Šabovič, M., 2014. Vpliv standardne zdraviliške rehabilitacije po akutnem miokardnem infarktu na telesno zmogljivost in dejavnike tveganja za koronarno bolezen srca. *Vpliv rehabilitacije po akutnem miokardnem infarktu na telesno zmogljivost*, 83(1), pp. 670-677.

Sinkovič, A., 2012. Ishemična bolezen srca. In: S. Kirbiš, A. Košir, eds. *Interna medicina*. Ljubljana: Cankarjeva založba, pp. 124-150.

Skela Savič, B., 2010. Študij za poklic prihodnosti: postanite diplomirana medicinska sestra / diplomiran zdravstvenik. *Informativna publikacija za bodoče študente Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 8-10.

Sušnik, A., 2016. *Zdravstvena vzgoja in vloga medicinske sestre pri pacientu z akutnim miokardnim infarktom: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Šubic, T., 2014. Stres in srce. In: T. Žontar, A. Kvas, eds. *Urgentna stanja v kardiologiji in angiologiji- zbornik prispevkov z recenzijo. XXXII. Strokovno srečanje, Šmarješke Toplice, 16. maj 2014*. Šmarješke Toplice: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 39-42.

Šuput, D., 2014. Opredelitev fizioloških razlik med moškimi in ženskami in koronarno boleznijo. In: M. Bunc, I. Gradecki eds. *9. Posvet o kronični bolezni srca. Žensko srce: celovit pristop k obravnavi žensk s koronarno boleznijo. Novo mesto, 12. april 2014*. Novo mesto: Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini, pp. 14-17.

Tepina, J., 2011. *Pridobljene kompetence študentov zdravstvene nege- vidik medicinsko tehničnih posegov: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Terbovec, A., 2015. *Zmanjševanje dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni pri pacientih, vodenih v referenčni ambulanti družinske medicine- vloga diplomirane medicinske sestre: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Tomplak, R., 2016. *Uporaba zdravil v nujni medicinski pomoči pri oskrbi bolnika z akutnim koronarnim sindromom: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Turinek, J., & Žerdoner, L., 2011. Vloga zdravstvene nege pri rehabilitaciji pacientov po akutnem koronarnem dogodku. In: R. Petkovšek, Gregorin, & V. Vidmar, eds. *Zapleti in pristopi v rehabilitacijski zdravstveni negi. Topolščica, 10. marec 2016.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 21- 27.

Thygesen, K., Alpert, S.J. & White, D.H., 2012. Universal Definition of Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 28(20), pp. 2525-2538.

Združenje kardiologov Slovenije, 2010. *Akutni koronarni sindrom.* [online] Available at: <http://www.szd.si/> [Accessed 6 March 2017].

Žerdoner, L.& Turinek, J. 2011. Pomen zdravstvene nege pri rehabilitaciji pacientov, obolelih za KOPB. In: Prestor L, Bratkovič M, eds. *Novi izzivi pri obravnavi pulmološkega pacienta, Velenje 27.–28. maj 2011.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, pp. 89–95.

Žmavc, A., 2008. Akutni koronarni sindrom. In: Š. Grmec, ed. *Nujna stanja.* Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 55-59.

Westbrook, L., 2011. Signs and symptoms for acute coronary disease. *International Nursing Review*, 52(4), pp. 144-150.

Wiggins, B., Rodgers, E., DiDomenic, R. & Page, R., 2013. Discharge counseling for patients with heart failure or myocardial infarction: a best practices model developed by members of the American College of Clinical Pharmacy's cardiology practice and research network based on the hospital to home initiative. *The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 33 (5), pp. 558-578.

World health organizations, 2012. *Acute coronary syndrome*. [online] Available at: <http://www.who.int/en/> [Accessed 14 May].

## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

#### **ANKETA**

Spoštovani,

Sem Lucija Madjar, študentka Fakultete za zdravstvo Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom Zdravstvena nega pacienta z akutnim koronarnim sindromom, pod mentorstvom Sanele Pivač, pred.

Z vprašalnikom želimo raziskati znanje in ugotoviti mnenje študentov o akutnem koronarnem sindromu in ga primerjati med študenti 2. in 3. letnika rednega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega (VS).

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno in anonimno, pridobljeni podatki pa bodo uporabljeni izključno za namen priprave tega diplomskega dela.

Za sodelovanje se Vam lepo zahvaljujem!

1. Starost: \_\_\_let

2. Spol

a.) Moški

b.) Ženski

3. Predhodna izobrazba

a.) Srednja zdravstvena šola

b.) Gimnazija

c.) Drugo: \_\_\_\_\_

4. Letnik študija

a.) Drugi

b.) Tretji

V naslednji tabeli odgovorite na trditve o akutnem koronarnem sindromu.

Izberite odgovore Da, Ne ali Ne vem.

#### ZNANJE ŠTUDENTOV O AKUTNEM KORONARNEM SINDROMU

<b>TRDITVE</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>	<b>NE VEM</b>
Bolezni srca in ožilja so eden glavnih vzrokov umrljivosti v Sloveniji.			
Koronarna bolezen je glavni vzrok smrti pri moških po 65 letu.			
Akutni koronarni sindrom se pojavlja pri obeh spolih enako.			
Srčno-žilne bolezni so bolezni le starejših ljudi.			

Akutni koronarni sindrom označuje stanje pacienta, ki ima kritično ishemijo miokarda (osrčnika).			
Osnovni diagnostični kriterij pri akutnem koronarnem sindromu je pekoča bolečina za prsnico.			
Bolečina lahko izžareva v vrat.			
Bolečina lahko izžareva v levo roko.			
Bolečino spremljata bruhanje in slabost.			
Pacient se lahko duši.			
Pri pacientu lahko pride do motenj zavesti.			
Najpogostejši vzrok za zožitev koronarnih arterij imenujemo ateroskleroza.			
Med akutni koronarni sindrom prištevamo srčno popuščanje.			
Stenokardija (bolečina za prsnico) se pojavlja pri vseh koronarnih pacientih.			
Pacienti z miokardnim infarktom so zaradi hude bolečine velikokrat bledi in potni.			
Med zaplete akutnega koronarnega sindroma prištevamo motnje srčnega			



ritma.			
Vsak pacient s sumom na akutni koronarni sindrom dobi zdravila MONA (morfij, kisik, nitroglicerin, aspirin).			
Vitalne funkcije pacientu pomerimo takoj.			
Pri pacientu, kjer je prisotna bolečina za prsnico je potrebno čim prej posneti EKG.			
Vsakega pacienta s sumom na akutni koronarni sindrom damo v položaj za nezavestnega (na bok).			
Pri miokardnem infarktu je prisotna huda stiskajoča bolečina v prsih, ki ne preneha niti po ponovnem odmerku nitroglicerina in traja več kot 30 minut.			

Vprašalnik vsebuje trditve, ki so razdeljene na dva sklopa. Prosimo vas, da se opredelite glede na Vaše strinjanje, pri čemer pomeni: 1 -popolnoma se ne strinjam, 2 -ne strinjam se, 3 - niti se strinjam niti se ne strinjam, 4-se strinjam, 5 -popolnoma se strinjam.

**1. SKLOP - DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK  
KORONARNE BOLEZNI**

<b>TRDITEV</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Na vse dejavnike tveganja za nastanek akutnega koronarnega sindroma lahko pacienti vplivajo sami.					
Kajenje je najpogostejši dejavnik tveganja za koronarno bolezen.					
Aterosklerozo lahko preprečujemo, vendar je ne moremo zdraviti.					
Redna telesna vadba znižuje umrljivost za boleznimi srca in ožilja.					
Način življenja brez fizične aktivnosti vodi k večji pogostosti miokardnega infarkta.					
Debelost vpliva na presnovo maščob.					

Tveganje za akutni koronarni sindrom je večji pri pacientih s sladkorno bolezen tipa 2.					
Dednost ima pomembno vlogo pri razvoju akutnega koronarnega sindroma.					
Debelost vpliva na povišanje krvnega tlaka.					
Psihični stres vpliva na ponovni pojav akutnega koronarnega sindroma.					

## 2. SKLOP- VLOGA MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENA VZGOJA PACIENTA

<b>TRDITEV</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Za delo s pacienti, ki so utrpeli akutni koronarni sindrom, se od medicinske sestre pričakuje visoka stopnja strokovnega znanja.					
Medicinska sestra z zdravstveno vzgojo pacienta pripomore k zmanjšanju ponovnega nastanka miokardnega infarkta.					

Pacient prejme od medicinske sestre največ informacij o svoji bolezni.					
Medicinska sestra pacientu svetuje, kako reagirati ob pojavu bolečine.					
Zdravstvena vzgoja se začne s sprejemom pacienta na oddelek.					
Cilj pri zdravstveni vzgoji je izboljšanje kakovosti življenja pacientov.					
Zdravstvena vzgoja se zaključi ko pacient pride domov z bolnišnične oskrbe.					
Z zdravstveno vzgojnim delom spodbudimo pacienta k razmišljanju o spremembi načina svojega življenja.					
Z zdravstveno vzgojnim delom zmanjšamo najpogostejše dejavnike tveganja za nastanek srčnih obolenj.					

Lepo se Vam zahvaljujem za sodelovanje.