Tartu Ülikooli Meditsiiniteaduste valdkond

Peremeditsiini ja rahvatervise instituut

Õendusteaduse õppetool

Elviira Vool

SÜDAMEPUUDULIKKUSEGA PATSIENTIDE HINNANG ENDA RAVISOOSTUMUSELE SA TARTU ÜLIKOOLI KLIINIKUMI SÜDAMEKLIINIKU NÄITEL–KVANTITATIIVNE UURIMISTÖÖ

Magistritöö

Tartu 2022

Juhendaja**:** Merle Seera, RN, MSc

Retsensent: Signe Asi, MSc

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendaja otsusega 02.05.2022

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

Lihtlitsents magistritöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Elviira Vool

(sünnikuupäev: 3.09.1971)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Südamepuudulikkusega patsientide hinnang enda ravisoostumusele SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Südamekliiniku näitel-kvantitatiivne uurimistöö“, mille juhendaja on Merle Seera, MSc reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;

2. annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commonsi litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil alates 01.01.2023 kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;

3. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

4. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Elviira Vool
02.05.2022

KOKKUVÕTE

Südamepuudulikkusega patsientide hinnang enda ravisoostumusele SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Südamekliiniku näitel–kvantitatiivne uurimistöö

Südamepuudulikkusega patsientide ravisoostumus on valdavalt ebapiisav ning haigusega toimetulek patsientidele väljakutseks. Halva ravisoostumuse korral sagenevad korduvhospitaliseerimised ja halveneb prognoos. Haiguse komplekssuse ja kasvava levimuse tõttu on südamepuudulikkus üheks suurimaks kuluartikliks tervishoius, seega vajab ravisoostumus parandamist. Tõhusate strateegiate väljatöötamiseks on vajalik omada teavet, millistes aspektides vajavad patsiendid tuge või teadlikkuse tõstmist. Ühtlasi on oluline määratleda, millised tegurid ravisoostumust mõjutavad.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada südamepuudulikkusega patsientide hinnangut enda ravisoostumusele ning taustaandmetest tulenevaid võimalikke erisusi selles. Käesolev uurimistöö on empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav. Uuritavad värvati SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Südamekliinikust. Andmeid koguti kahel perioodil: 1.aprill–30.juuni 2021 ning 1.08-31.10.2021. Uurimistöös osales 72 uuritavat. Andmete kogumiseks kasutati psühhomeetrilist mõõdikut EHFScB-9, millele lisati kuus küsimust taustaandmete kogumiseks. Andmeid analüüsiti statistilise andmetöötlusprogrammi STATA 14.0 ja tabelarvutusprogrammi Microsoft Excel abil.

Uurimistöö tulemustest selgus, et SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Südamekliinikus ravil viibinud patsiendid hindasid enda ravisoostumust keskmiseks. Taustaandmetest tulenes erisus ravisoostumuses seoses vanusega. Üle 65-aastaste uuritavate ravisoostumus oli parem, kui kuni 65 aastastel uuritavatel. Enim järgivad südamepuudulikkusega patsiendid medikamentoosse ravi ettekirjutusi, kõige vähem soovitust kehakaalu kiire tõusu korral võtta kontakti perearsti või –õega. Märkimisväärne on uurimistööst selgunud südamepuudulikkusega patsientide madal teadlikkus enda tervislikust seisundist. Pooled uuritavatest ei olnud teadlikud kaasuvatest diagnoosidest, haiguse raskuastet NYHA klassifikatsiooni alusel ei teadnud valdav osa uuritavatest. Hinnanguid ravisoostumusele on võimalik parandada, tõhustades patsiendiõpetust. Taustaandmetest tulenevate erisuste osas puudub ühtne seisukoht ning ravisoostumuse parandamiseks peab patsiendi käsitlus lähtuma individuaalsusest.

Märksõnad: südamepuudulikkus, ravisoostumus, enesehooldus, enesehoodluslik käitumine

SUMMARY

Self-reported adherence among patients with heart failure at Tartu University Hospital – a quantitative study

Adherence among patients with heart failure is largely insufficient and disease management challenging for patients. Poor adherence leads to a higher rate of hospital readmission and a poorer prognosis. Expanditures associated with heart failure are highest in healthcare due to its complexity and the increasing prevalence of the disease, therefore adherence need to be improved. In order to develop effective strategies, it is necessary to understand which aspects patients need support with or better awareness of. Furthermore, it is essential to define which factors influence adherence.

The aim of this research was to describe self-reported adherence among patients with heart failure, as well as any patient background-related differences in the data. The current research is empirical, quantitative and descriptive. Participants were recruited from the heart Clinic of Tartu University Hospital. Data were collected over two periods: 1 April – 30 June 2021 and 1 August – 31 October 2021. A total of 72 subjects participated in the research. The data were collected using the EHFScB-9 psychometric scale, which was supplemented with six questions to collect background data. The data were analysed using STATA 14.0 statistical data processing software and Microsoft Excel spreadsheet software.

The results of the research showed that the patients who were treated at the Heart Clinic of Tartu University Hospital assessed their adherence as being average. Background data-related difference in adherence were found in connection with age. Adherence was better in subjects over 65 years of age than in those up to 65 years of age. Adherence was highest for medication-related instructions and lowest for recommendations to contact the family physician or nurse in the event of rapid weight gain. Notably, the research revealed that heart failure patients' awareness of their own health status is low. Half of the subjects were not aware of their comorbid diagnoses, and the majority were unaware of the severity of their disease under the NYHA classification. Assessed adherence can be improved by enhancing patient education. Regarding the background data-related differences, no clear stance could be taken, and improving adherence requires that patient handling be primarily individual to the patient.

Keywords: heart failure, adherence, compliance, self-care, self-care behaviour

SISUKORD

KOKKUVÕTE
SUMMARY
1. SISSEJUHATUS 10
2. RAVISOOSTUMUS SÜDAMEPUUDULIKKUSE KONTEKSTIS JA VARASEMATE UURIMISTÖÖDE TULEMUSED 12
2.1. Ravisoostumuse olemus ja varasemateuurimistööde tulemused 12
2.2. Südamepuudulikkus ja kaasuvad sümptomid 15
2.3. Südamepuudulikkusega patsientide enesehoolduskäitumine ja ravisostumus 16
2.3.1. Kaalu monitooring ja ravisoostumus 16
2.3.2. Vedeliku ja soola tarbimise piiramine ja ravisoostumus 17
2.3.3. Medikamentoosse ravi ettekirjutuste järgimine ja ravisoostumus 18
2.3.4. Kehaline aktiivsus ja ravisoostumus 18
2.3.5. Vajaduspõhine kontakteerumine tervishoiutöötajaga ja ravisoostumus 20
3. METOODIKA 21
3.1. Metodoloogilised lähtekohad 21
3.2. Uuritavad ja nende värbamine 22
3.3. Andmete kogumine 23
3.4. Andmete analüüs 24
3.5. Uurimistöö usaldusväärsus 25
4. TULEMUSED 26
4.1. Uuritavate taustaandmed 26
4.2. Südamepuudulikkusega patsientide hinnang enda ravisoostumusele 26
4.3. Südamepuudulikkusega patsientide hinnangute erisused lähtuvalt taustaandmetest 27
5. ARUTELU 31
5.1. Südamepuudulikkusega patsientide hinnang oma ravisoostumusele 31
5.2. Südamepuudulikkusega patsientide hinnangute erisused lähtuvalt taustaandmetest 33
5.3. Uurimistöö eetilised aspektid 36

5.4. Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad 37
5.5. Tulemuste olulisus ja ettepanekud edasiseks uurimiseks 37
6. JÄRELDUSED 39
KASUTATUD KIRJANDUS 40
LISAD
Lisa 1. Originaalmõõdiku EHFScB-9 autorilt kasutusloa küsimine 50
Lisa 2. Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö läbiviimiseks .. 51
Lisa 3. Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö jätkutaotlusele 53
Lisa 4. Üleskutse uurimistöös osalemiseks 55
Lisa 5. Üleskutse uurimistöös osalemiseks vene keeles 56
Lisa 6. Originaalmõõdik EHFScB-9 58
Lisa 7. Küsimustik andmete kogumiseks 59
Lisa 8. Küsimustik andmete kogumiseks vene keeles 61

1. SISSEJUHATUS

Südamepuudulikkus on levinuim kardiovaskulaarhaigus, millele on iseloomulikud perioodilised ägenemised, progresseeruv kulg ja kõrge suremus. Südamepuudulikkuse diagnoos mõjutab maailmas hinnanguliselt 26 miljonit inimest, levimus kasvab kiirenevas tempos (Savarese ja Lund 2017). Kasvu põhjustavad populatsiooni vananemine ning meditsiin areng diagnostika ja ravi vallas. Euroopas põeb haigust arvatavalt 1–2 % elanikkonnast, eaga esinemissagedus suureneb. (Ponikowski jt 2016, Savarese ja Lund 2017, Uuetoa 2019, Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud...2021.) Suremus esimese aasta jooksul alates diagnoosi saamisest on kõrge–ligemale 50 % (Ponikowski jt 2016, Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud...2021).

Eestis on südamepuudulikkusega patsiente hinnanguliselt 25 000–30 000 (Uuetoa 2019, Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud...2021). Südamepuudulikkusega patsient on üldjuhul kliiniliselt kompleksne, sageli mitme kaasuva haigusega (McGreal jt 2014, Uuetoa 2019, Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud...2021) ja tema elukvaliteet on halb (Lainsack jt 2011, Savarese ja Lund 2017). Probleemiks on sagedased korduvhospitaliseerimised (Uuetoa 2019), millega kaasnevad suured kulutused tervishoiule (Savarese ja Lund 2017, Lesyuk jt 2018, Taylor jt 2019, Uuetoa 2019) ning haiguse prognoosi halvenemine iga hospitaliseerimisega (Pellicori jt 2018, Uuetoa 2019, Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud...2021).

Patsientide elukvaliteedi tõstmiseks, korduvhospitaliseerimiste vähendamiseks ja prognoosi halvenemise vältimiseks on olulisel kohal preventiivne tegevus (Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud...2021), mille tulemusena patsientide haigusteadlikkus ja ravisoostumus paranevad (Sousa ja Santos 2019). Ravisoostumuse kui kroonilise haigusega toimetuleku strateegia eesmärk on parandada patsiendi tervisetulemeid. Ravisoostumus hõlmab järgmisi enesehoolduslikke tegevusi: vedeliku ja soola tarbimise piiramine, regulaarne kehakaalu ja tursete monitooring ning medikamentoosse ravi kohandamine vastavalt kokkulepitud raviskeemile. Vastavate soovituste juurdumine praktikasse on ebapiisav. (Unverzagt jt 2016.) Kirjeldavas võrdlevas uurimistöös, milles koguti andmeid 15 riigi südamepuudulikkusega patsientide kohta, leiti erisusi ravisoostumuse erinevates aspektides kontinentide, riikide ja kultuuride lõikes (Jaarsma jt 2013). Ravisoostumus korreleerub enim depressiooniga, samas kui NYHA klassi ja tervisest sõltuva elukvaliteedi seos on enamikes uurimistöödes leitud olevat statistiliselt ebaoluline (Sedlar jt 2017).

Halva ravisoostumuse ja haiguse prognoosi vahel esineb seos (Unverzagt jt 2016, Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud...2021). Kuigi halb ravisoostumus tähendab ravisoovituste mittejärgimist, ei ole patsient ainuisikulisena vastutav oma ravisoostumuse eest (Ravisoostumuse parandamine on…2010). Sümptomite monitooring on südamepuudulikkusega patsiendi jaoks väljakutse (McGreal jt 2014, Jankowska-Polanska jt 2020). Sageli tuleb patsiendil mitmete kaasuvate haiguste tõttu järgida erinevaid ravisoovitusi pika perioodi vältel (Sousa ja Santos 2019), mis tähendab suurt ravikoormust. Patsiendipoolne tegevus on efektiivsem kõrgema haigusteadlikkuse korral, ühtlasi peab patsient omama konkreetset nägemust iseendast kui raviprotsessi võtmeisikust.

Ravisoostumuse hindamiseks kasutatakse enesekohaseid mõõdikuid, mille komponentideks on enesehoolduslikud tegevused. Kliinilises praktikas aitab mõõdikute abil kogutav teave kaardistada kitsaskohad senises tegevuses, defineerida patsiendi abi- ja õpivajadused ning läbi nimetatud tegevuste kaasata patsienti tõhusamalt, pakkudes talle tuge ja jagades vastutust. Konkreetse isiku puhul võimaldaks vastava teabe omamine hinnata ravisoostumuse dünaamikat ajas. Uurimistöö on tingitud praktilisest vajadusest vastavat informatsiooni omada, sest autorile teadaolevalt ei hinnata Eestis ravisoostumust patsiendi isikliku kogemuse kaudu. Uusimas südamepuudulikkuse ravijuhendis on perearstidele suunatud patsiendikäsitluses vastav soovitus tehtud (Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud...2021). Ravisoostumuse kohta tehakse järeldusi, jälgides patsiendi digiretseptide kasutamist (Ravisoostumuse parandamine on...2010) ja vaadeldes tema käitumismustreid ravi käigus. SA Tartu Ülikooli Kliinikum on üheks strateegiliseks prioriteediks seadnud patsiendikesksuse (SA Tartu Ülikooli Kliinikumi strateegia 2018-2030). Ravisoostumuse hindamine seab patsiendi senisest enam fookusesse, võimaldades individuaalsemat patsiendikäsitlust. Uurimistöö keskendub patsiendiga seotud ravisoostumuse aspektidele. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada südamepuudulikkusega patsientide hinnangut enda ravisoostumusele ning taustaandmetest tulenevaid võimalikke erisusi selles. Uurimistöö eesmärgist tulenevad järgmised uurimisküsimused:

1. Kuidas hindavad südamepuudulikkusega patsiendid oma ravisoostumust?

2. Kas lähtuvalt taustaandmetest esineb ravisoostumuses erisusi?

2. RAVISOOSTUMUS SÜDAMEPUUDULIKKUSE KONTEKSTIS JA VARASEMATE UURIMISTÖÖDE TULEMUSED

2.1. Ravisoostumuse olemus ja varasemate uurimistööde tulemused

Südamepuudulikkuse raviprogrammide eesmärgiks on parandada patsientide enesehooldust, muuta patsiendid ennastjuhtivaks; õpetada neid oma tervisliku seisundi halvenemist ära tundma ning võtma kasutusele vastumeetmeid haiguse ägenemise korral (Jaarsma jt 2003). Sel põhjusel hinnatakse ravisoostumust enesehoolduslike tegevuste ehk enesehoolduskäitumise kaudu. Teaduskirjanduses on kasutusel mitmeid erinevaid mõisteid, mille sisuks on patsiendipoolne ravirežiimi järgimine (Ravisoostumuse parandamine on…2010). Enimkasutatavad sünonüümid inglise keeles on *compliance* ja *adherence.* Ravisoostumus (*compliance*) on defineeritud, kui patsiendi nõusolek ettekirjutatud raviga ning tahe ettekirjutusi täita (Meditsiinisõnastik 2004). Cambridge´i sõnastik määratleb ravisoostumust, kui allumist korraldusele, reeglile või taotlusele (Cambridge Dictionary). Merriam-Webster´i sõnastiku vaste mõistele on soovile, nõudmisele, käsule, ettepanekule või režiimile allumise protsess (Merriam-Webster Dictionary). Mõiste *adherence* vaste on ravirežiimi või ravikorralduste järgimine. Cambridge´i sõnastik defineerib mõiste kui täpse reeglitele, uskumustele vastava käitumise, Merriam-Webster´toob vasteks tava, reegli või seaduse järgimise (Cambridge Dictionary, Merriam-Webster Dictionary). WHO (2003) defineerib ravisoostumust kui käitumise määra, mille ulatuses järgib isik arsti poolt antud ravisoovitusi ravimite tarvitamise, toitumise ja elustiili muutmise osas. Cramer jt (2008) on täiendanud definitsiooni ettekirjutuste järgimisega ravimite võtmise sageduse, doseeringu ja ajastuse osas.

Ravisoostumuse väljenduseks praktikas on enesehoolduskäitumine ehk enesehoolduslike tegevuste sooritamine. Enesehooldus (*self-care)* on patsiendi omaalgatuslik, ravi eesmärgil teostatav hooldus, põetus (Meditsiinisõnastik 2004). Enesehoolduse kontseptsioon hõlmab peale eneseteeninduse, enese eest hoolitsemise, ka muid ravi toetavaid tegevusi. Täpsemalt defineerituna tähendab mõiste "*self-care"* tervisliku seisundi säilitamise protsessi läbi tervisedenduslike praktikate ja haiguse juhtimise, mis toimub ka heas tervislikus seisundis olles (Riegel jt 2012). Mõiste koondab endas kolme võtmekontseptsiooni: enese eest hoolitsemine, näiteks ravimite võtmine ettekirjutusi järgides; enesemonitooring, näiteks regulaarne kaalumine; enesejuhtimine, näiteks diureetikumide doseerimine vastuseks sümptomaatikale (Jaarsma jt 2017).

Südamepuudulikkuse kontekstis moodustub enesehooldus järgmistest komponentidest: üldine tegevus, sh medikamentoosse ravi ja toitumissoovituste järgimine (siia kuuluvad vedeliku ja soola tarbimise piiramine), füüsiline aktiivsus; enesemonitooring ehk aktiivsete sümptomite kontroll, identifitseerimine ja sellest johtuv kohane käitumine, näiteks vajadusel eriarsti või –õe konsultatsioon (Lainsack jt 2011, Moser jt 2012, Lee jt 2018). Lisanduvad seisundi teadvustamine, kaasuvate haiguste kontrolli all hoidmine, ennetustegevus (näiteks immuniseerimine, alkoholist ja tubakast loobumine) ja tervishoiusüsteemis orienteerumine (Riegel jt 2009). Patsientide rutiinse hindamise, võimalike barjääride kõrvaldamise ja enesehooldusele suunatud sekkumiste eesmärk südamepuudulikkuse ravis on kliiniliste sündmuste minimeerimine, mistõttu on enesehooldus kriitilise tähtsusega (Lee jt 2018). Valitseb konsensus, et heal tasemel enesehooldus parandab patsiendi tervisetulemeid (Stut jt 2015, Jaarsma jt 2017, Sedlar jt 2017, Lee jt 2018, Lycholip jt 2018, Seid jt 2019).

Teaduskirjanduses domineerib mõiste *adherence,* millele vastab eesti keeles sisult kõige täpsemalt mõiste ravisoostumus (Ravisoostumuse parandamine on…2010). Uurimistöös kasutab autor seda mõistet, põhjendusega, et ravisoostumuse kui patsiendipoolne teadliku kroonilise haigusega toimetuleku väljenduseks on enesehoolduslik käitumine. Ravisoostumuse filosoofiline tähendus võiks olla patsiendipoolne suhtumine, samas kui enese eest hoolitsemine on pigem praktilisi tegevusi koondav katustermin. Ravisoostumust mõjutavad tegurid jagunevad kolmeks: patsiendiga seotud (nt vanus ja sugu), ravirežiimiga seotud (raviskeemi komplitseeritus) ja tervishoiusüsteemi või teenuseosutajaga seotud faktorid (nt kontaktide arv) (van der Wal jt 2006). Käesolevas uurimistöös keskendutakse patsiendiga seotud teguritele.

Varasemates uurimistöödes on leitud, et südamepuudulikkust põdevate patsientide ravisoostumus on halb (Jaarsma jt 2013, Mlynarska jt 2018, Seid jt 2019, Jankowska-Polanska jt 2020, Durante jt 2021). Ravisoostumus võib olla valikuline tegevus (Sewagegn jt 2015, Riegel jt 2019). Vaid 22 % südamepuudulikkusega patsientidest on hea üldise ravisoostumusega (Seid jt 2019). Ravisoostumuse kvaliteedis on olulised või koguni elutähtsad sotsiodemograafilised näitajad, nagu näiteks pereliikmete ning hooldajate olemasolu (Durante jt 2020) või vanus. Ravisoostumust mõjutavate teguritena on uurimistöödes välja toodud ka sugu, vanust, kaasuvaid haigusi ning patsientide haigusteadlikkust (Sewagegn jt 2015, Seid jt 2019).
Kliinilistest faktoritest omavad suurimat mõju haiguse kestus, raskusaste ning diureetilise ravi skeem (Jankowska-Polanska jt 2020). Südamepuudulikkuse raskusastet hinnatakse

sümptomaatika alusel. Enimkasutatav mõõdik on New York Heart Association (NYHA) poolt välja töötatud funktsionaalne klassifikatsioon (tabel 1), mille abil antakse hinnang patsiendi igapäevategevustega seotud koormustaluvusele (Anton 2019).

Tabel 1. NYHA klassifikatsioon (Krooniline südamepuudulikkus 2008)

Klass	**Sümptomid**
I	Asümptomaatiline
II	Sümptomid mõõduka koormuse korral
III	Sümptomid minimaalse koormuse korral
IV	Sümptomid rahuolekus

Medikamentoosse ja mittemedikamentoosse ravi areng on muutnud ravirežiimi mitmetahulisemaks (van der Wal jt 2006), mõjutades patsientide toimetulekut kroonilise südamepuudulikkusega. Mittemedikamentoosne ravi, mis seisneb põhiliselt teatud elustiili järgimises, hõlmab järgmisi komponente: vedeliku ja soola tarbimise piiramine, regulaarne kaalumine, kehaline aktiivsus, immuniseerimine, suitsetamisest loobumine ja mõõdukus alkoholitarbimises (van der Wal jt 2006, McGreal jt 2014). Immuniseerimise osas leidsid Jaarsma jt (2013) riigiti suuri erinevusi, mille põhjuseks võib pidada üldist teadlikkuse taset. Bhatt jt (2018) leidsid, et kolmandik südamepuudulikkusega patsientidest ei ole vaktsineeritud hooajalise gripi ja pneumokokk-nakkuse vastu, kuigi südamepuudulikkuse dekompensatsiooni üheks tekkepõhjuseks on sageli infektsioon (Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud...2021). Immuniseerimise nimekirja on lisandunud COVID-19 vastu vaktsineerimine, mis oleks haavatavale populatsioonile lihtsaks, kuid vajalikuks kaitseks. Hoolimata immuniseerimise olulisusest on selle rakendamise tähtsus leitud olevat alahinnatud. (Girerd jt 2021.)

2.2. Südamepuudulikkus ja kaasuvad sümptomid

Südamepuudulikkus on oma olemuselt kliiniline sündroom, mille põhjuseks on erinevad alushaigused või nende tüsistused (Uuetoa 2019). Funktsioonihäirete tagajärjel tekivad probleemid vatsakeste täitumise või verevoolutusega südamesisese rõhu tõusu ja/või ebaadekvaatse väljutuse tõttu. Südamepuudulikkust klassifitseeritakse mitmeti, näiteks lokalisatsiooni alusel (parema või vasaku vatsakese puudulikkus); tekkeaja alusel (äge või krooniline); tööfaaside alusel (süstoolne või diastoolne puudulikkus). Kliiniliselt klassifitseeritakse südamepuudulikkust valdavalt funktsionaalse staatuse alusel kas säilinud (HFpEF), vähenenud (HFrEF) või mõõdukalt vähenenud väljutusfraktsiooniga (HFmrEF) südamepuudulikkuseks. (Inamdar ja Inamdar 2016, Anton 2019, McDonagh jt 2021.) Südamepuudulikkuse ravi komplitseerib patsientide multimorbiidsus, kõrge iga, korduvate hospitaliseerimiste sagenemine haiguse progresseerudes ning kõrge suremus (McGreal jt 2014, Inamdar ja Inamdar 2016, Uuetoa 2019, Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud...2021).

Südamepuudulikkuse tüüpilisemad sümptomid on düspnoe, perifeersed tursed, vähenenud koormustaluvus, väsimus (Alpert jt 2017, Anton 2019). Lisaks eelnimetatutele võivad esineda köha, valu ja alanenud meeleolu (Koshy jt 2020). Sõltuvalt südamepuudulikkuse etioloogiast esineb astsiiti, uriinierituse vähenemist, iiveldust, paismaksa (Anton 2019). Kaasuvate haigustena esinevad sagedamini hüpertensioon, diabeet, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus ja neerupuudulikkus (Sewagegn jt 2015, Mlynarska jt 2018, Seid jt 2019).

Südamepuudulikkusega patsientide ravisoostumus hõlmab endas enesehoolduslikku käitumist ehk mitmeid enesehoolduslikke toiminguid, nagu sümptomite järjepidev monitooring, tuvastamaks dekompensatsiooni kujunemist õigeaegselt; medikamentide tarbimine vastavalt ettekirjutusele, eelpool mainitud regulaarne kaalumine ja kehaline aktiivsus; soola ja vedeliku tarbimise piiramine (Lainsack jt 2011, Moser jt 2012, McGreal jt 2014, Lee jt 2018). Lee jt (2015) toovad välja, et patsientide võimekus sümptomite monitooringul varieerub indiviiditi ning kohane käitumine sõltub nii füüsilistest kui psüühilistest faktoritest. Haiguse progressioon ja jätkuvad kardiaalsed sündmused on enamlevinud ebapiisava ravisoostunusega patsientidel (Rashidi jt 2020). Depressiooni negatiivne mõju ravisoostumusele on tõsiseks probleemiks, kuna patsiendid vajavad lisaks südamepuudulikkuse ravile ka psühhiaatrilist ravi (Liljeroos jt 2020). Vaatamata

uurimistööde heterogeensusele, ollakse konsensusel, et ravisoostumust on võimalik parandada (Jaarsma jt 2013, Stut jt 2015, Jaarsma jt 2017, Lycholip jt 2018, Seid jt 2019).

Südamepuudulikkus kujuneb enamasti välja pärast 65-ndat eluaastat (Uuetoa 2019), olles nimetatud vanusegrupis hulgas juhtivaks hospitaliseerimise põhjuseks (Azad ja Lemay 2014, Jankowska-Polanska jt 2020). Uchmanowicz jt (2019) on leidnud, et nimetatud vanusegrupp moodustab koguni 80% südamepuudulikkusega patsientidest. Väärib märkimist, et ravisoostumust on võimalik parandada ka vanemaealiste populatsioonis (Eimer ja Mahmood-Shan 2020).

2.3. Südamepuudulikkusega patsientide enesehoolduskäitumine ja ravisoostumus

2.3.1. Kaalu monitooring ja ravisoostumus

Südamepuudulikkusega patsiendi enesehooldusliikes tegevustes on olulisel kohal regulaarne kaalumine, mille eesmärgiks on patsiendi tervisliku seisundi hindamine ajas. Ühtlasi on kehakaal indikaatoriks, mille alusel hinnatakse ravi tulemuslikkust dünaamikas (Anton 2019). Kehakaalu suurenemine kiires tempos viitab hüpervoleemiale e. vedelikuliiale, mille mõjul võivad tekkida tursed ning süveneda õhupuudus. Teisalt on rasvunud südamepuudulikkusega patsientide koormustaluvus halvem ja seisund võib haiguse kulgu mõjutada negatiivselt. (McGreal jt 2014, Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud…2021.)

Kaalu monitoorimine on südamepuudulikkusega patsientide enesehooldusliikus käitumises valdavalt üks vähemjärgitavaid tegevusi (Jaarsma jt 2013, Seid jt 2019). Samas võimaldaks see tuvastada patsiendid, kelle puhul on intensiivsema sekkumise ja piisava toe pakkumise korral enim kasu (Jones jt 2014). Rahvusvahelistes juhistes on soovitus langetada kehakaalu nendel südamepuudulikkusega patsientidel, kelle kehamassiindeks on $\geq$ 35 kg/m² (Ponikowski jt 2016, Atherton jt 2018). Lynga jt (2012) leidsid oma uurimistöös, et igapäevane kaalumine ning selle monitooring kolmel korral nädalas ei vähendanud hospitaliseerimiste arvu ega suremust. Lu jt (2016) poolt läbiviidud uurimistöös leiti, et soostumus regulaarselt kaalu monitoorida sõltub patsientide sellealastest uskumustest. Seega on oluline patsientide teadlikkuse tõstmine. Jones jt (2014) uurimistööst selgus, et patsientidele kaalumise meeldetuletamine ei vähendanud hospitaliseerimiste arvu, küll aga omas efekti tulemuste märkimine päevikusse vähemalt 80 % juhtudel.

2.3.2. Vedeliku ja soola tarbimise piiramine ja ravisoostumus

Vedelikupeetus ja sellest tulenev hemodünaamika häire on valdavaks hospitaliseerimise põhjuseks, mistõttu on oluline jälgida hüpervoleemiliste tunnuste (kehakaalu suurenemine > 2 kg kahe ööpäeva jooksul, ortopnoe ja tursed) teket. Vedeliku kogunemine toimub järk-järgult. Kui patsiendil kujuneb välja kopsuturse või pleuraefusioon, tekivad hingamisraskused. Aneemia korral halveneb patsiendi tervislik seisund jätkuvalt ja sümptomid süvenevad, mistõttu on hüpervoleemia halva prognoosi indikaator. Sel põhjusel on vedeliku tarbimise piirangut peetud üheks olulisimaks terapeutiliseks sihtmärgiks. (Pellicori jt 2018.) Ravijuhised annavad erinevaid soovitusi, lähtudes patsiendi seisundist. Sarnaselt Athertonile jt (2018) ja Pellicorile jt (2018) on Eesti ravijuhises välja toodud, et juhul, kui hüpervoleemia on välja kujunenud, tuleks piirata vedeliku tarbimist 1,5-2 l ööpäevas (Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanu…2021). Patsiendi jaoks on vedeliku tarbimise piirangut järgida raske. Väärib märkimist, et vedelikupeetus võib jääda aladiagnoosituks (Pellicori jt 2018).

Ettekirjutused soola tarbimises võivad ravijuhistes varieeruda ja patsientide nõustamises puudub sel teemal konkreetsus. Erinevate uurimistööde tulemused on vasturääkivad, mis ei võimalda soola tarbimise piiramise mõju kohta südamepuudulikkuse sümptomaatikale teha ühtseid järeldusi. Jaarsma jt (2013) peavad riikide soola tarbimise erisuste põhjuseks rahvuslikku toidupoliitikat. Eesti värskeim ravijuhis (Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud….2021) rõhutab patsiendi toitumisharjumuste, s.h. vedeliku ja soola tarbimise kohta informatsiooni kogumise tähtsust ning soovitab patsienti nõustada. Toitumisharjumusi, mis pärinevad lapsepõlvest, on keeruline täiskasvanueas muuta (Riegel jt 2019). Liigse soola tarbimine viib suurema vedeliku tarbimiseni, mis omab eelkõige hüpervoleemiaga patsientide kliinilisele seisundile ebasoodsat toimet. Valdavalt on patsientide ravisoostumus vedeliku ja soola tarbimise piiramise osas halb (Jaarsma jt 2013, Seid jt 2019). Samas on Mlynarska jt (2018) on Poolas läbiviidud uurimistöös leidnud, et ravisoostumus soola tarbimise piiramise näol on pigem hea.

2.3.3. Medikamentoosse ravi ettekirjutuste järgimine ja ravisoostumus

Südamepuudulikkuse medikamentoosse ravi eesmärk on tõsta patsiendi funktsionaalset võimekust, parandada elukvaliteeti, vähendada suremust ja seeläbi kulutusi tervishoiule (Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanu….2021). Medikamentoosse ravi järgimine

on südamepuudulikkuse korral enesehoolduses olulisim komponent ja selle mittejärgimine toob kaasa sagedased hospitaliseerimised, erakorralised pöördumised ja tervishoiukulude tõusu (Shah jt 2015, Ruppar jt 2016, Pina jt 2021). Ravisoovituste mittejärgimine on sage probleem (Ruppar jt 2016) eelkõige krooniliste seisundite ravis (Pina jt 2021). Raviplaan on üldjuhul kompleksne, mistõttu on selle järgimine keeruline.

Põhjuseid, miks patsiendid ravisoovitusi ei järgi, on mitmeid, näiteks sotsiaalse toe puudumine, vähene finantsvõimekus, sümptomite puudumine, kognitiivne düsfunktsioon, ravimite häirivad kõrvaltoimed, depressioon, üleüldine suur ravimikoormus ja madal haigusteadlikkus. Ravisoostumuse parendamiseks on kasututusele võetud erinevaid strateegiaid, nagu näiteks telemeditsiin ja interdistsiplinaarsete meeskondade rakendamine. (Shah jt 2015, Pina jt 2021.) Nimetatud strateegiate rakendamine on leitud olevat positiivse efektiga (Ruppar jt 2016, Ding jt 2020). Ravisoovituste mittejärgimist võib põhjustada patsiendi-arsti terapeutilise suhte madal kvaliteet (Pina jt 2021). Mittejärgimist tuleb käsitleda hukkamõistuta, leidmaks optimaalseimad lahendused konkreetsele patsiendile.

Südamepuudulikkusega patsientidele õpetatakse strateegiaid sümptomitega toimetulekuks ning stabiilse seisundi säilitamiseks, sest haiguse süvenemine viib hospitaliseerimise või surmani (Ruppar jt 2016). Sageli puudub patsientidel mõistmine ravireziimi järgimise olulisusest, mistõttu on vajalik tõsta nende haigusteadlikkust (Shah jt 2015). Mitmete uurimistööde tulemusena on selgunud aga, et medikamentoosse ravi soovitusi järgitakse enesehoolduslike tegevuste hulgas kõige rohkem (Jaarsma jt 2013, Mlynarska jt 2018, Seid jt 2019).

2.3.4. Kehaline aktiivsus ja ravisoostumus

Koormustaluvuse langus on üks südamepuudulikkuse põhisümptomeid, olles ühtlasi inaktiivsust ja üldise funktsionaalse võimekuse halvenemist soodustavaks teguriks. Kõrge iga, vatsakest abistava seadme olemasolu või südame siirdamise ootel olemine ei ole treeningu vastunäidustuseks, küll aga on seda eluohtlikud rütmihäired või muud ägedad kardiaalsed sündmused, nagu näiteks müokardiinfarkt. (Zores jt 2019.) Kehalise aktiivsuse osas on ravisoostumus leitud olevat pigem halb (Jaarsma jt 2013, Sewagegn jt 2015, Klompstra 2016, Mlynarska jt 2018, Seid jt 2019). Klompstra (2016) lisab, et aktiivsuse tõstmine on südamepuudulikkusega patsientide jaoks tõsiseks väljakutseks ja ainuüksi juhendamisest ei piisa. Vajalik on teada psühholoogilisi mehhanisme, mille abil tulemusteni

jõuda ja kaardistada aktiivsust mõjutavad individuaalsed tegurid: patsiendi haridustase, enesetõhusus treenimisel ja motivatsioon. Patsiendid ei suhestu sageli oma haigusega ning võib esineda soolisi erisusi kehalises aktiivsuses ja motivatsioonis.

Kolmandik südamepuudulikkusega patsientidest on madala kehalise aktiivsusega hoolimata asümptomaatilisusest või minimaalsest sümptomaatikast ehk kuulumisest NYHA I ja II klassi (Klompstra jt 2015). Zores jt (2019) toovad muuhulgas inaktiivsuse põhjustena välja sümptomaatika väljendumise, mis on patsientide hinnangul kas liiga kerge või liiga raske treeninguks. Teisteks põhjusteks on kaasuvad haigused, liikumisharjumuse puudumine, ja kartus koormuspuhuse sümptomaatika tekke ees (düspnoe, tahhükardia). Uuritavad on inaktiivsust põhjendanud ka vähese teadlikkusega treeningu soodsast toimest ning juhendamise puudumisega. Väliste teguritena on kirjeldatud kardioloogilise rehbilitatsiooni korraldamiseks vajalike ressursside puudumist.

Regulaarne kehaline aktiivsus parandab haiguse prognoosi ning elukvaliteeti, aidates progresseerumist ennetada ning korduvaid hospitaliseerimisi vältida (Klompstra 2016, Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud…2021, Lindgren ja Börjesson 2021). Naiste motiveeritus on uurimistööde põhjal kõrgem, kuid aktiivsuse tasemes erisusi ei leitud. Jason jt (2014) on täpsustanud, et kehalise aktiivsuse soolised erisused on mõjutatud intrapersonaalsetest teguritest. Naiste puhul on takistused pigem füüsilised, meeste puhul psühholoogilised. Meeste puhul on oluline sotsiaalse toe olemasolu.

Positiivse faktina on Lindgren ja Börjessen (2021) välja toonud, et treeningu efekt on samaväärne efektiga tervele inimesele, vähendades kaasuvate haiguste riski ning tõstes maksimaalse hapnikutarbimise taset. Treeningu toimel paraneb hapniku omastamine, tsirkulatsioon, aeroobne võimekus ja suurte lihasgruppide metaboolne funktsioon. Ühtlasi soodustab kehaline aktiivsus kaalu langetamist (Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud...2021, Lindgren ja Börjesson 2021).

2.3.5. Vajaduspõhine kontakteerumine tervishoiutöötajaga ja ravisoostumus

Südamepuudulikkuse dekompensatsiooni tekkides korrigeeritakse medikamentoosset ravi. Vastav tegevus ei vaja tingimata patsiendi hospitaliseerimist, mistõttu on regulaarsetel ambulatoorsetel vastuvõttudel oluline roll haigusega toimetulekus. Kuigi optimaalseks peetakse südamepuudulikkusega patsiendi konsulteerimist eri- või perearsti poolt esimese

kuu jooksul peale haiglast väljakirjutamist, pole see praktikasse juurdunud (Uuetoa 2019). Ponikowski jt (2016) soovitavad rakendada perearsti poolt läbiviidavat tervisekontrolli esimese nädala jooksul peale haiglast väljakirjutamist ning kardioloogi vastuvõttu kahe esimese nädala jooksul. Kohane käitumine ehk konsultatsiooni vajalikkuse teadvustamine ja kontaktivõtt arstiga eeldab sümptomite järjepidevat monitooringut (Savarese ja Lund 2017, Sousa ja Santos 2019). Viimase eelduseks on optimaalne haigusteadlikkus, mis ei garanteeri samas veel enesehoolduslikku käitumist.

Patsiendipoolne kiire reageerimine dekompensatsiooni sümptomaatika tekkimisel aitab ennetada hospitaliseerimist, mistõttu on oluline teada patsiendi õpivajadusi (McGreal jt 2014, Sousa ja Santos 2019, Min jt 2020). Min jt (2020) leidsid, et patsiendid soovivad olla teadlikud eelkõige ravimite ja haiguse sümptomaatika osas ning lisasid, et eelnevalt tuleb olemasolevad teadmised kaardistada. Alles seejärel saab rakendada praktilisi sekkumisi, mis vastavad patsientide tõelistele vajadustele ning aitavad luua efektiivseid strateegiaid enesehoolduseks elukaare vältel.

Sousa ja Santos (2019) uurimistulemustest selgus, et patsiendid ei tea, millal on vajalik kontakteeruda tervishoiutöötajaga. Rashidi jt (2020) rõhutavad, et just tervishoiutöötajad on peamiseks informatsiooniallikaks ning tugisüsteemiks, kuid puudub teadmine, milline on nende konkreetne panus ravisoostumuse parendamiseks. Mitmetest uurimistöödest on selgunud, et südamepuudulikkusega patsientide ravisoostumus on kõrgeim korduvvastuvõttude osas (Jaarsma jt 2013, Seid jt 2019), kuid on oluline, et patsient oskaks pöörduda ennetavalt vältimaks dekompensatsiooni teket ja seisundi destabiliseerumist. Sewagegn jt (2015) toovad välja, et ravisoostumus sümptomite monitooringu aspektist on halb.

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Uurimistöö meetodi valikul lähtus uurija vajadusest koguda informatsiooni patsentide hinnangute kohta oma ravisoostumusele, kogudes andmeid empiiriliselt, otsesest kogemusest. Tuginedes Gray jt (2017) seisukohtadele, võimaldab empirism parendada tõenduspõhist õenduspraktikat ning tervisetulemeid indiviidi, perekonna ja kogukonna tasandil. Empirism võimaldab nähtusi selgitada, mis on kliinilise praktika jaoks vajalik ning selle abil saadud teadmisi peetakse õenduses valiidesteks, reliaabliteks ja objektiivseteks (Al Nasiri 2018).

Käesoleva uurimistöö uurimismeetod on kvantitatiivne. Kvantitatiivne uurimistöö on objektiivne süstematiseeritud protsess, mis võimaldab leida uuritava nähtuse kohta statistiliselt usaldusväärseid andmeid suurelt hulgalt uuritavatelt. Viimaste abil kirjeldatakse nähtuse tunnuseid ning tunnustevahelisi seoseid. Kvantitatiivse uurimistöö käigus toimub andmete kogumine uurijast lahus, mistõttu on kogutud andmed uurija poolt minimaalselt kontrollitavad. (Grove jt 2014.)

Käesoleva uurimistöö eesmärgist lähtuvalt kasutas uurija kirjeldavat uurimisplaani. See võimaldab uurida ja kirjeldada eksisteerivaid olukordi nende naturaalses keskkonnas, luues uut tähendust ning jagades leitud informatsiooni mõistmist ja analüüsimist hõlbustavatesse kategooriatesse (Grove jt 2014). Kirjeldamine koosneb nähtuse identifitseerimisest ja selle mõistmisest (Gray jt 2017), mis on antud töö kontekstis oluline. Kirjeldav uurimistöö võimaldab piiritleda valimisisesed erinevused, näiteks soost või vanusest tulenevad, ning selle tulemuseks on kontseptsiooni ja võimalike kontseptsioonisiseste seoste tuvastamine (Siedlecki 2020). Kirjeldav uurimistöö pakub kergestiteostatavaid ja kuluefektiivseid vahendeid andmete kiireks ja hõlpsaks kogumiseks, mis on oluline uurijapoolseid ressursse arvestades. Ühtlasi võimaldab kirjeldamine määratleda probleemi olemasolu ning ulatust (Siedlecki 2020). Käesolev uurimistöö annab aluse teha muudatusi kliinilises praktikas.

3.2. Uuritavad ja nende värbamine

Uurimistöö viidi läbi SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Südamekliiniku 1. ja 2.kardioloogia osakonnas. SA Tartu Ülikooli Kliinikum on üks kahest suurest kardioloogilise ravi kompetentsikeskusest Eestis. Käepärase valimi moodustasid uurimistöö kriteeriumitele vastavad patsiendid, kes hospitaliseeriti SA TÜK Südamekliiniku 1. ja 2.kardioloogia osakonda ajavahemikul 1.aprill–30.juuni 2021 ning 1.08-31.10.2021. Üldpopulatsiooni suuruseks mainitud perioodidel ehk südamepuudulikkuse diagnoosiga I.50 ravil viibinud patsientide koguarv oli 369. Uurijal puudub teave, kui suur hulk üldpopulatsioonist vastas kõikidele kaasamiskriteeriumitele.

Uurimistöö läbiviimiseks taotles uurija kooskõlastus Tartu Ülikooli Inimuuringute eetikakomiteelt (lisa 7). Andmete kogumine kahes etapis oli tingitud COVID-19 epideemiast tulenevatest töökorralduslikest muudatustest. 1.kardioloogia osakonnas suleti voodikohti, piiramaks plaanilist ravi ning suunamaks tööjõuressurssi COVID-osakondadesse. Puhkuste hooajaks suleti voodikohti tavapärasest varem. Lähtuvalt muudatustest jäi esimesel perioodil kogutud andmete arv väikeseks (n=43) ning uurija otsustas pikendada andmete kogumise perioodi kolme kuu võrra, esitades Tartu Ülikooli Inimuuringute eetikakomiteele jätkutaotluse, mille komitee kooskõlastas (lisa 8). Selle ajaga lisandus 29 uuritavat. Käepärane valim oli aja- ja inimressurssi ning logistikat arvestades optimaalseim valimiliik. Etikan jt (2015) on käepärast valimit põhjendanud lisaks tööjõu ja ajaressursi piiratusele olukorraga, kus uurija ei sea eesmärgiks tulemuste põhjal kogu populatsioonile üldistuste tegemist.

Uurija tutvustas eelnevalt uurimistööd mõlema osakonna personalile osakonna koosolekul. Uurimistöösse kaasamise kriteeriumid olid järgmised:

1. Patsiendil on diagnoositud südamepuudulikkus;
2. patsient on vabatahtlikult nõustunud uurimistöös osalema;
3. patsiendi kognitiivne seisund võimaldab küsimustikust aru saada ja iseseisvalt täita;
4. patsiendi füüsiline seisund võimaldab küsimustikku iseseisvalt täita;
5. patsient on võimeline küsimustikku täitma eesti või vene keeles.

Tagamaks uuritava ohutus, alustas uurija värbamist, kui uuritava tervislik seisund oli stabiliseerunud ning küsimustiku täitmiseks optimaalne. Koos üleskutsega edastas uurija potentsiaalsele uuritavale küsimustiku ja ümbriku. Üleskutse uurimistöös osaleda lisati patsientide puhkeruumi infotahvlile nii eesti- kui venekeelses variandis (lisa 2 ja 3).

Varasemates uurimistöödes, milles on andmete kogumiseks kasutatud mõõdikut *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale-9* (edaspidi EHFScBS-9) on valim käepärane, uuritavad on värvatud hospitalisatsiooniperioodil või kardioloogi vastuvõtul (Eimer ja Mahmood-Shan 2020, Schäfer-Keller jt 2021).

3.3. Andmete kogumine

Andmete kogumiseks kasutas uurija Jaarsma jt (2003) poolt väljatöötatud psühhomeetrilist mõõdikut EHFScBS-9. Uuritava nähtuse teoreetilise taustaga tutvudes selgus, et varasemalt on erinevates uurimistöödes kasutatud kõige sagedamini kaht enesekohast küsimustikku, Riegeli jt (2000) poolt väljatöötatud SHFI (*Self-management of Heart Failure Index*) ning Jaarsma jt (2003) loodud EHFScBS-9. SHFI koosneb 65-st küsimusest, mis jagunevad kuude alamskaalasse. Uurija hinnangul võib mahukas küsimustik osutuda uuritavate jaoks takistavaks teguriks, mistõttu langes valik oluliselt lühema mõõdiku EHFScBS-9 kasuks. Jaarsma jt (2003) poolt koostatud mõõdiku originaalversioon koosnes algselt 12-st küsimusest, mis jagunesid kolme sisulisse alajaotusesse–"režiimijärgimine", "abiotsimine" ja "adaptatiivsed tegevused". 2009 aastal muudeti mõõdik valiidsuse ja reliaabluse huvides lühemaks ning uues versioonis on samu alajaotusi järgides üheksa küsimust.

Kasutatud mõõdiku EHFScBS-9 sisereliaablus on 0,80 (Jaarsma jt 2009). Käesoleva uurimistöö Cronbachi α väärtuseks on 0,71, mida Taberi (2018) järgi on erinevates uurimistöödes peetud nii heaks kui ka piisavaks väärtuseks. Mõõdik on kasutajasõbralik ning hõlpsalt praktikas rakendatav (Lee jt 2013, Köberich jt 2021), selle valiidsust ja reliaablust on korduvalt testitud (Lee jt 2013, Son ja Won 2020, Durante jt 2021, Köberich jt 2021). Küsimustik tugineb rahvusvahelistele ravijuhistele ja seda on kasutatud kogu maailmas (Durante jt 2021). Uurimistöö autor võttis arvesse fakti, et 80 % südamepuudulikkusega patsientidest moodustavad eakad patsiendid (Jankowska-Polanska jt 2020). Kasutatud mõõdik on leitud olevat sobiva vanemaealiste patsientide hindamiseks.

Ravisoostumust hindava mõõdiku iga küsimus käsitleb üht kindlat enesehooldusliikku tegevust ehk enesehoolduskäitumist. Mõõdik võimaldab uuritaval anda oma tegevustele hinnangu 5-punktilise skaala alusel, kus 1 tähendab "täiesti nõus", 2– "pigem nõus", 3–"ei oska öelda", 4–"pigem ei ole nõus" ja 5–"ei ole üldse nõus". Mõõdiku skoor on 9-45, madalam väärtus viitab paremale ravisoostumusele (Lee jt 2013). Uurija jagas valimi kolme võrdsesse gruppi: koguskoor 9-20 tähendab head ravisoostumust, 21-33 keskmist ja 34-45

halba ravisoostumust. Mõõdikule on lisatud küsimustik taustaküsimustega uuritava soo, vanuse, pereliikmete või tugiisikute kohta ning haiguse raskusastme ja kaasuvate haiguste kohta (lisa 4). Varasemate uurimistööde põhjal on selgunud, et taustaandmed on olulised, uurimaks, mis ja läbi milliste mehhanismide ravisoostumust mõjutab (Sewagegn jt 2015, Jaarsma jt 2017, Lee jt 2018, Seid jt 2019). Vastav teave omab suurt praktilist väärtust ravisoostumuse hindamiseks ja parendamiseks.

Uurija informeeris uurimistööst kaasamiskriteeriumitele vastavaid potentsiaalseid uuritavaid isiklikult, edastades paberkandjal üleskutse uurimistöös osalemiseks. Üleskutses palus uurija uuritaval nõusoleku korral täita küsitlusleht, asetada ümbrikusse ning ümbrik kinni kleepida. Täidetud küsimustik viidi kinnises ümbrikus kas uuritava enda või personali poolt õepostis asuvasse lukustatavasse kasti, tagamaks andmete anonüümsus kogu protsessi vältel. Kasti tühjendas uurija isiklikult vähemalt kord nädalas. Täidetud küsimustikke hoiustas uurija töökohal lukustatavs kapis, millele oli juurdepääs ainult uurijal. Täidetud küsimustikud palutakse vastutaval uurijal hävitada peale magistritöö kaitsmist. Andmed sisestas uurija isiklikku sülearvutisse, mis on parooliga kaitstud. Kellelgi peale uuritava ei olnud võimalik vastuseid näha, seega ei saanud mõjutatud suhtumine uuritavatesse või raviprotsessi.

3.4. Andmete analüüs

Andmete korrastamiseks ja kodeerimiseks kasutas uurija tablearvutusprogrammi Excel, andmete analüüsimiseks statistilist andmetöötlusprogrammi STATA 14.0. Valimi tunnuste kirjeldamiseks kasutas uurija sagedusjaotust. Ravisoostumusele antavaid hinnanguid kirjeldas uurija keskmiste väärtuste ja standardhälbe abil, seoste leidmiseks kasutas paaris t-testi. Olulisuse nivooks valis uurija $p < 0,05$ (95 % tõenäosus). Tulemused visualiseeris uurija tabelite ja jooniste abil.

Uurija jagas uuritavad kahte vanusegruppi: kuni 65-aastased ja vanemad, kui 65 aastat põhjendusega, et nimetatud vanuses on südamepuudulikkus patsientide hospitaliseerimiste peamiseks põhjuseks (Azad ja Lemay 2014, Jankowska-Polanska 2020). Vanemaealistel patsientidel esineb kaasuvaid haigusi rohkem ning südamepuudulikkuse diagnoosi saamise hetkeks on suur tõenäosus nii funktsiooni- kui kognitiivsete häirete esinemiseks (Murad jt 2015).

3.5. Uurimistöö usaldusväärsus

Uurimistöö usaldusväärsuse tagamiseks kasutas uurija teadusliku tausta ja metoodika koostamisel teemakohast teaduskirjandust. Tuginedes Gray jt (2017) analüüsis uurija algallikaid kriitiliselt ning käsitles neid objektiivselt. Lähtuvalt uurimisprobleemist kaasas uurija asjakohast kaasaegset teaduskirjandust. Uurija viitas kõikidele allikatele korrektselt. Andmete kogumiseks kasutas uurija valiidset ja reliaabset mõõdikut. Mõõdiku sisereliaabluse hindamisel arvutas uurijateemakohase teaduskirjanduse eeskujul Cronbachi α (Jaarsma jt 2009, Son ja Won 2020). Mõõdik tõlgiti inglise keelest eesti ja vene keelde tõlkebüroo Eiffel poolt. Andmeid ei esitatud valikuliselt või kallutatult. Andmeid sisestades kontrollis uurija sisestatud andmete korrektsust. Tagamaks kasutatava mõõdiku täpsust ning üheseltmõistetavust, viis uurija veebruaris 2021 läbi prooviuuring nelja uuritavaga, kaasates nii eesti kui vene keelt kõnelevaid patsiente. Küsimustikule saadud tagasiside põhjal ei olnud küsimustikus vajalik muudatusi teha ning andmed kaasati uurimistöösse.

Uurimistöö läbiviimiseks SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Südamekliiniku 1. ja 2.kardioloogia osakonnas taotles uurija kooskõlastuse Tartu Ülikooli Kliinikumi kliiniliste uuringute keskuselt, uurimistöösse kaasatud osakondadelt ja Tartu Ülikooli Inimuuringute eetikakomiteelt. Personali tööd uurimistööga ei segatud ja ükski patsient ei saanud uurimistöö tõttu kahjustatud. Andmete tõesuse tagamiseks kinnitas uurija uurimistöös osalemise üleskutses vabatahtlikkuse printsiipi. Uuritavate poole pöörduti siis, kui nende tervislik seisund seda võimaldas. Uuritavatele edastatavas üleskutses kirjeldas uurija, kuidas on tagatud andmete anonüümsus. Küsimustik koosnes vaid uurimistöö seisukohast olulise info saamiseks vajalikest küsimustest.

Tagamaks andmete mittetuvastatavus, kodeeris uurija need numbriliselt. Andmed on esitatud üldistatult. Andmeid analüüsiti ja töödeldi uurija isiklikus parooliga kaitstud sülearvutis. Andmeid säilitati uurija töökohal lukustatavas kapis, millele on juurdepääs ainult uurijal. Uurija kinnitab, et pole plagieerinud teiste isikute mõtteid, fabritseerinud andmeid ega moonutanud tulemusi, kallutamaks neid endale soodsas suunas. Kasutatud allikad on loetletud vastavas loendis.

4. TULEMUSED

4.1. Uuritavate taustaandmed

Uurimistöös osalenute koguarv oli 72, kellest 58% moodustasid meessoost uuritavad.Vanuseliselt jagunesid uuritavad peaaegu võrdselt kahte gruppi: kuni 65-aastased ja vanemad kui 65 aastat. Uurimuses osalejatest noorim oli 21 aastane ja vanim 88 aastane. Uuritavate taustaandmed on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Uuritavate taustaandmed

Taustaandmed	n	%
Vanus		
Kuni 65 aastat	39	54,16
< 65 aastat	33	45,84
Sugu		
Mees	42	58,33
Naine	30	41,67
Tugiisiku olemasolu		
Jah	69	95,83
Ei	3	4,17
Elukorraldus (elab üksi)		
Jah	52	72,22
Ei	20	27,78
Südamepuudulikkuse raskusaste NYHA klassifikatsiooni alusel		
I	2	2,78
II	4	5,56
III	8	11,11
IV	3	4,16
Ei tea	55	76,39
Kaasuvad diagnoosid		
Hüpertoonia	15	20,83
Diabeet	3	4,16
Neerupuudulikkus	4	5,56
Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus	1	1,39
Depressioon	3	4,16
Hüpertoonia ja depression	1	1,39
Hüpertoonia ja krooniline obstruktiivne kopsuhaigus	2	2,78
Hüpertoonia ja neerupuudulikkus	2	2,78
Hüpertoonia, diabeet ja neerupuudulikkus	2	2,78
Diabeet ja depression	2	2,78
Ei tea	31	43,06

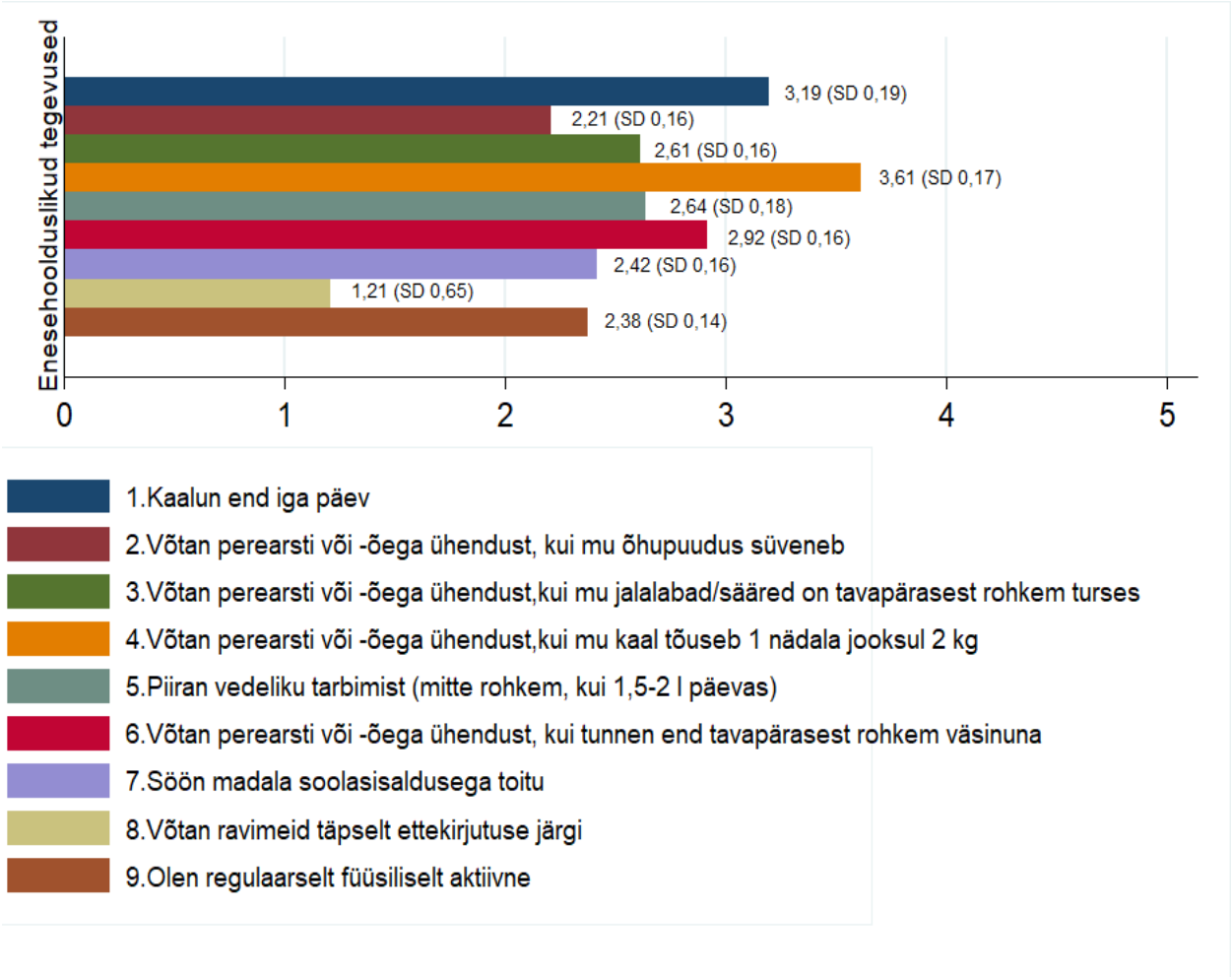
4.2. Patsientide hinnang enda ravisoostumusele

Enim nõustusid uuritavad väitega, et võtavad ravimeid täpselt ettekirjutuse järgi (85%). Sama väitega mittenõustunuid ei olnud. Kõige vähem nõustuti väitega "Võtan perearsti või –õega ühendust, kui mu kaal tõuseb ühe nädala jooksul 2 kg" (43%). Väitele "Võtan perearsti või –õega ühendust, kui tunnen end tavapärasest rohkem väsinuna" vastati võrdse sagedusega (24%) "Täiesti nous" ja "Ei ole üldse nous". Ravisoostumuse hinnangute jaotus on esitatud tabelis 2.

Tabel 2. Enesehoolduslikele tegevustele antud hinnangute sagedusjaotused

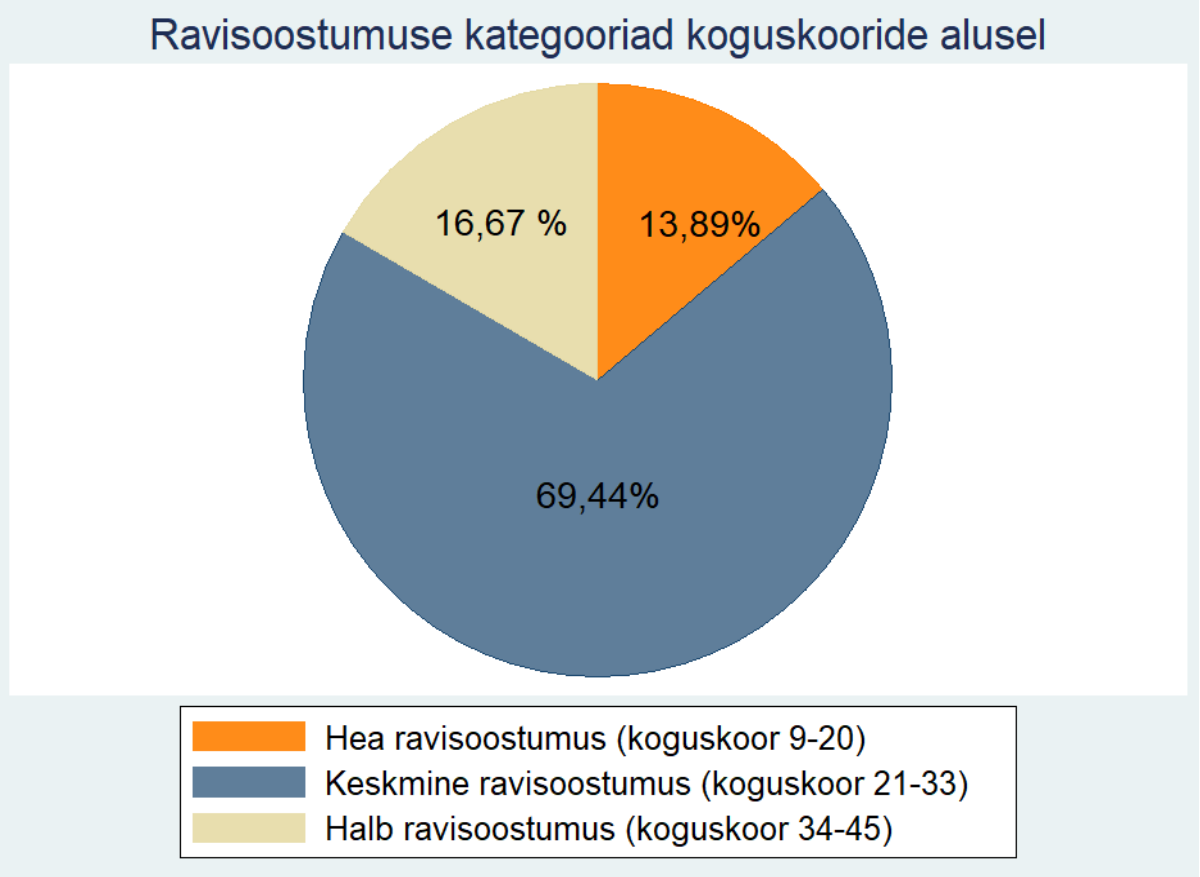
Väide	1- 1-"täiesti nõus" **n (%)**	2-"pigem nõus" **n (%)**	3-"ei oska öelda" **n (%)**	4-"pigem ei ole nõus" **n (%)**	5-"ei ole üldse nõus" **n (%)**
1. Kaalun end iga päev	n = 18 (25%)	n = 10 (13,89%)	n= 7 (9,72%)	n = 14 (19,44%)	n = 23 **(31,94%)**
2. Võtan perearsti või pereõega ühendust, kui mu õhupuudus süveneb	n = 30 **(41,67%)**	n = 18 (25%)	n = 9 (12,50%)	n = 9 (12,50%)	n = 6 (8,33%)
3. Võtan perearsti või pereõega ühendust, kui mu jalalabad või sääred on tavapärasest rohkem turses	n = 21 (29,17%)	n= 17 (23,61%)	n = 14 (19,44%)	n = 9 (12,50%)	n = 11 (15,28%)
4. Võtan perearsti või pereõega ühendust, kui mu kaal tõuseb ühe nädala jooksul 2 kg	n = 10 (13,89%)	n = 10 (13,89%)	n = 9 (12,50%)	n = 12 (16,67%)	n = 31 **(43,06%)**
5. Piiran vedeliku tarbimist (mitte rohkem kui 1,5-2 liitrit päevas)	n = 21 (29,17%)	n = 18 (25%)	n = 14 (19,44%)	n = 4 (5,56 %)	n = 15 (20,83%)
6. Võtan perearsti või pereõega ühendust, kui tunnen end tavapärasest rohkem väsinuna	n = 17 **(23,61%)**	n = 15 (20,83%)	n = 14 (19,44%)	n = 9 (12,50%)	n = 17 **(23,61%)**
7. Söön madala soolasisaldusega toitu	n = 25 **(34,72%)**	n = 18 (25%)	n = 11 (15,28%)	n = 10 (13,89%)	n = 8 (11,11%)
8. Võtan ravimeid täpselt ettekirjutuse järgi	n = 61 **(84,72%)**	n = 8 (11,11%)	n = 2 (2,78%)	n = 1 (1,39%)	-
9. Olen regulaarselt füüsiliselt aktiivne	n = 21 (29,17%)	n= 19 (26,39%)	n = 21 (29,17%)	n = 6 (8,33%)	n= 5 (6,94%)

Enesehoolduslike tegevuste hindamise keskmiste väärtuste võrdluses selgus samuti, et enim nõustuti medikamentoose ravi soovituste järgmisega. Halvim ravisoostumus ilmnes vajaduspõhise kontaktivõtu osas kehakaalu tõustes. Enesehoolduslike tegevuste abil ravisoostumuse hindamise keskmised väärtused ja standardhälbed on esitatud joonisel 1.



Joonis 1. Enesehoolduslikele tegevustele antud hinnangute keskmised väärtused ja standardhälbed

Uurimistööst selgus, et enam kui pooled uuritavatest ehk 69% (n=50) hindasid oma ravisoostumust keskmiseks, ligemale 14% (n= 10) heaks ja 17% (n= 12) halvaks (joonis 2). Kogu valimi keskmiseks ravisoostumuse koguskooriks kujunes 23,18.



Joonis 2. Ravisoostumuse hinnangute jaotus enesehoolduslike tegevuste koguskoori alusel

4.3. Patsientide hinnangute erisused lähtuvalt taustaandmetest

Uurimistöö tulemusena selgus, et taustaandmetest tulenev statistiliselt oluline erinevus ravisoostumuses ilmnes vaid vanuse lõikes. Vanemate kui 65 aastat uuritavate ravisoostumus oli parem, kui kuni 65-aastastel ($p = 0,019$). Tugiisiku olemasolu või puudumine ei mõjutanud ravisoostumust, nagu ka elukorraldus. Viimase all on mõeldud elamist koos pere(liikme)ga või üksi. Kaasuvate diagnooside esinemine või neist mitteteadlik olemine ei mõjutanud käesolevas uurimistöös ravisoostumust. Südamepuudulikkuse raskusastme ehk NYHA klassifikatsiooni mõju ravisoostumusele ei saa uurimistöö põhjal hinnata, sest valdav osa uuritavatest ei olnud teadlik oma haiguse raskusastmest. Ravisoostumuse koguskoorid taustaandmete alusel on esitatud tabelis 3.

Tabel 3. Ravisoostumuse koguskoorid taustaandmete alusel

Taustaandmed	Koguskoor (SD)	Erinevuse p-väärtus
Sugu		
Mees	24,29 (7,04)	0,099
Naine	21,63 (6,06)	
Vanus		
Kuni 65 aastat	24,87 (6,62)	
< 65 aastat	21,18 (6,4)	**0,019**
Tugiisiku olemasolu		
Jah	23,12 (6,86)	0,699
Ei	24,67 (2,52)	
Elukorraldus (elab üksi)		
Jah	23,79 (7,12)	
Ei	21,60 (5,46)	0,219
Kaasuvad daignoosid		
Jah	23,04 (6,78)	
Ei tea	23,38 (6,78)	0,838

5. ARUTELU

5.1. Südamepuudulikkusega patsientide hinnang oma ravisoostumusele

Südamepuudulikkusega patsientide hinnangul on nende ravisoostumus erinevate uurimistööde põhjal valdavalt halb (Jaarsma jt 2013, Mlynarska jt 2018, Seid jt 2019, Jankowska-Polanska jt 2020). Seid jt (2019) on leidnud, et vaid 22% uuritavatest on hinnanud enda ravisoostumust heaks. Käesolevas uurimistöös osalenud südamepuudulikkusega patsientide enesehoolduslike tegevuste hindamise koguskooriks kujunes 23,18, mis korreleerub varasemate uurimistöödega, kuid on mõnevõrra parem. Mlynarska jt (2018) leidsid ravisoostumuse keskmiseks skooriks 27,74, Uschmanowitz jt (2016) 27,65. Ravisoostumuse hindamisel esineb enesehoolduslike tegevuste lõikes erisusi, mille põhjuseks võib autori arvates pidada riikidevahelisi erisusi patsiendiõpetuses ja tervishoiusüsteemi poolt pakutavas toes nimetatud tegevustele.

Sarnaselt varasematele uurimistöödele (Jaarsma jt 2013, Mlynarska jt 2018, Seid jt 2019, Jankowska-Polanska jt 2020) ilmnes käesolevast uurimistööst, et kõrgeimalt hinnati uuritavate poolt medikamentoosse ravi järgimist (85%). Varasemates uurimistöödes on nõustunute hulk vahemikus 65-83%. Väärib märkimist, et antud uurimistöö tulemus on üks kõrgemaid, viidates patsiendiõpetuse kvaliteedile medikamentoosse ravi aspektist. Uurimistöö autori hinnangul mõistavad patsiendid kõikidest südamepuudulikkuse ravi puudutavatest korraldustest ravimite ettekirjutuste järgimise olulisust kõige paremini. Mõistetakse, et otsestest ravikorraldustest mööda minna ei tohi ja ollakse nn "ravimiusku". Patsiendiõpetus medikamentoosse ravi osas kaasab nii esmatasandi tervishoidu kui eriarstiabi, mis võib samuti selgitada medikentoosse ravi järgimise kõrget taset.

Väidete alusel, mis puudutavad sümptomite süvenemist ja sellele järgnevat kontaktivõttu, võib oletada, et halvenev enesetunne motiveerib patsiente abi otsima. Üks väiteid, millega enim nõustuti (42%), puudutas kontaktivõttu õhupuuduse süvenedes. Uurimistööst ilmnes, et kaalutõusule ei reageerita kohaselt ning kaalumist ei peeta sümptomite monitoorimisel piisavalt oluliseks. Kolmandik vastanutest ei kaalu end regulaarselt, mis selgitab ka samasisulise vajaduspõhise kontaktivõtu madalat sagedust. Jankowska-Polanska jt (2020) on välja toonud, et regulaarselt kaalub ennast vaid 12%, Seid jt (2019) andmeil koguni 8% uuritavatest. Käesolevas uurimistöös nõustus vastava väitega oluliselt suurem hulk vastanutest (25%). Patsiendi infomaterjalis "Krooniline südamepuudulikkus" on vastav

soovitus ära toodud ja uurijale teadaolevalt nõustatakse praktikas patsienti oma kaalu regulaarselt monitoorima, kuid uurimistöö tulemuste põhjal tundub see aspekt patsiendiõpetusest enim tähelepanu vajavat. Autori arvates oleks tulemuslik patsiendile põhjuse ja tagajärje seoste loomine näiteks patsiendi varasematele kogemustele tuginedes või selgitades detailsemalt kaalutõusu põhjusi ning tagajärgi. Selline käsitlus kaasaks patsienti raviprotsessi ja suurendaks tema vastutust.

Soola tarbimise piiramises on riigiti suurimad lahknevused. Seid jt (2019) uurimistöös on leitud, et koguni 64% vastanutest nõustub väitega soola tarbimise piiramise kohta. Soola tarbimise variatiivsuse põhjuseks peetakse rahvuslikku toidupoliitikat (Jaarsma jt 2013) ning lapsepõlvest pärinevate toitumisharjumuste muutmise keerukust (Riegel jt 2019). Vedeliku tarbimise piiramises esineb erinevate uurimistööde põhjal otsustades pigem sarnasusi. Käsolevas uurimistöös nõustus 29% uuritavatest väitega, et piirab vedeliku tarbimist, Seid jt (2019) uurimistöös oli vastav tulemus 23%.

Asjaolu, et väitele kontaktivõtu kohta väsimuse kasvades vastati võrdsel määral "Täiesti nõus" ja "Ei ole üldse nõus" võib uurija hinnangul viidata sellele, et uuritavad ei pea väsimust oluliseks sümptomiks või puudub neil ühtne arusaam väsimusest kui sümptomist südamepuudulikkuse konteksis. Väitele regulaarse füüsilise aktiivsuse kohta ei osanud vastata ligemale kolmandik uuritavatest, millel võib autori arvates olla mitu põhjust. Patsiente, kellele on ravil viibimise ajal või selle järgselt määratud füsioteraapia teenus, nõustab kehalise aktiivsuse ja väsimuse osas füsioterapeut. Teenust mittesaavate uuritavate teadlikkus ei pruugi olla piisav. Teiseks põhjuseks võib pidada küsimuse ebatäpsust ja üheseltmõistetavuse puudumist. Jaarsma jt (2013) riikideüleses uurimistöös leiti, et enam kui pooled uuritavatest ei ole regulaarselt füüsiliselt aktiivsed. Võimalike põhjustena on Klompstra jt (2015) välja toonud peale madala motivatsiooni ka ebapiisava teadlikkuse füüsilise aktiivsuse soodsast toimest südamepuudulikkusele. Uurimistöö autor peab oluliseks patsientide vastavat teadlikkust tõsta, rõhutades ühtlasi patsientide võimestamise tähtsust mitte üksnes teabe pakkumise, vaid ka vaimse toe näol.

Uurimistööst selgus, et uuritavad hindasid oma ravisoostumust keskmiseks. Autori hinnangul viitab see patsiendiõpetuse suhteliselt heale kvaliteedile. Arvestades, et uurimistöös kasutatud küsimustik on olemuselt subjektiivne, on tõenäoline, et uuritavad hindasid oma ravisoostumust tegelikkusest paremaks. Autori hinnangul oleks tulemusi võimalik objektiviseerida näiteks dokumendianalüüsi abil. Uurimistööst selgusid aspektid, mis vajavad

suuremat tähelepanu. Autori arvates on vajalik raviteekonna sujuvamaks muutmine, integreerides statsionaarset ja ambulatoorset ravi senisest enam ning kontaktivõtu hõlbustamine. Autor peab tähtsaks koostööd südamepuudulikkusega patsientide lähedastega. COVID-19 pandeemiast põhjustatud isolatsioon ja külastamiskeeld tõstsid fookusesse lähedaste rolli ravimeeskonnas.

Ravisoostumuse parendamine eeldab riigi- ja kultuurispetsiifilist käsitlust, kuna elustiili muutmisel võivad erinevate riikide patsiendid vajada erinevat laadi tuge ja standardkäsitlus ei sobi vaikimisi kõikidele patsientidele (Jaarsma jt 2013). Käesoleva uurimistöö tulemuste põhjal võib oletada, et südamepuudulikkusega patsiendid vajavad enim tuge sümptomite äratundmisel, ennetamaks tervisliku seisundi halvenemist dekompensatsiooni näol ning vajaduspõhisel kontaktivõtul. Lisaks teadlikkuse tõstmisele sümptomite äratundmise ja kohase reageerimise osas tuleb uurimistöö autori hinnangul kasutada abistavaid strateegiaid, nagu näiteks sümptomite päeviku rakendamist või korrapäraseid vestlusringe. Personaalsemat käsitlust võimaldavad uurija hinnangul telemeditsiini ja kaugvastuvõttude ulatuslikum rakendamine südamepuudulikkuse ravis.

5.2. Südamepuudulikkusega patsientide hinnangute erisused lähtuvalt taustaandmetest

Erinevate uurimistööde tulemusena on leitud ravisoostumust mõjuteguritena järgmised sotsiodemograafilised näitajad: vanus, sugu, elukorraldus, sotsiaalne tugi. Lisaks eelpool mainitule mõjutavad südamepuudulikkusega patsientide enesehoolduslikku käitumist kaasuvad haigused ning haigusteadlikkus. (Sewagegn jt 2015, Seid jt 2019, Durante 2021.) Ravisoostumust positiivselt mõjutavate teguritena on kirjeldatud on sotsiaalse toe ja perekonna olemasolu (Jankowska-Polanska jt 2020).

Kui valdavalt on uurimistöödes leitud, et vanus mõjutab ravisoostumust negatiivselt (Sewagegn jt 2015, Seid jt 2019, Jankowska-Polanska 2020, Kolasa jt 2021), siis käesoleva uurimistöö tulemused näitasid vastupidist ning ilmnes statistiliselt oluline seos vanuse ja ravisoostumuse vahel. Üle 65-aastased uuritavad hindasid oma ravisoostumust paremaks. Uurimistöö autori arvamus on, et vanemaealised uuritavad omavad haigusega toimetulekus suuremat kogemust ja ajalist ressurssi. Madalam hõivatus võimaldab varasemast enam keskenduda tervisele. Autori praktiline kogemus näitab, et patsiendi vanusest enam mõjutab tema ravisoostumust kognitiivne võimekus. Seega on olulisel kohal personali oskus hinnata patsiendi potentsiaali ja pakkuda sellest lähtuvalt sobivamat õpetust. Autor nõustub oma

kogemusele tuginedes Boz-Touwen jt (2015) poolt öelduga, et enesehooldusliku käitumise tulemuslikkuse tõstmiseks on vajalik arvestada patsiendi individuaalsete karakteristikutega ja ühtne käsitlus ei ole kogu populatsioonile kohaldatav.

Soo mõjus ravisoostumusele puudub ühtne seisukoht. Lee jt (2011) leidsid, et meeste ravisoostumuse koguskoor on madalam kui naistel, samas on mitmete uurimistööde tulemused vastupidised (Seid jt 2019, Pobrotyn jt 2021). Käesolevas uurimistöös hindasid nii mehed kui naised oma ravisoostumust keskmiseks, naiste koguskoor oli mõnevõrra madalam ehk ravisoostumus parem. Meeste ravisoostumuse koguskoor võib olla mõne punkti võrra kõrgem põhjusel, et mehed on kauem aktiivsed majanduses, tööturul ja tegelevad vähem tervisetadlikkuse tõstmisega (Pobrotyn jt 2021).

Riegel jt (2009) leidsid, et tugiisiku olemasolu korral on ravisoostumus parem. Samas ainuüksi sotsiaalse toe olemasolu ei taga head ravisoostumust, kuid lähedaste kaasamine peaks olema südamepuudulikkusega patsiendi raviteekonna lahutamatu osa (Pobrotyn jt 2021). Autori hinnangul on lähedaste kaasamine praktikas rakendunud, kuid erinevatel põhjustel ebapiisav ja vajaks tõhusamat lähenemist. Sotsiaaltöötajate kaasamine võib ravisoostumust parandada, kuid arvestades sotsiaalteenuse vähest kättesaadavust näiteks maapiirkondades ja piiratud võimalusi, on see vähetõenäoline. Käesolevas uurimistöös oli tugiisikuta uuritavate hulk väike, seega ei ole järelduste tegemine tugiisiku mõju kohta ravisoostumusele kohane. Autor peab märkimisväärseks, et kõik tugiisikuta uuritavad nõustusid väitega, et on regulaarselt füüsiliselt aktiivsed. Üheks põhjuseks võib pidada küsimuse ebatäpsust, mis võimaldab uuritaval aktiivsust tõlgendada subjektiivselt. Autori hinnangul võib tulemus viidata vajaduspõhisele liikumisele, nagu näiteks sisseostude või majapidamistööde tegemine, mida uuritavad peavad piisavaks füüsiliseks aktiivsuseks.

Kolasa jt (2021) rõhutavad, et vanus ja haigusteadlikkus mõjutavad enesehoolduskäitumist, mis võib osutuda ebapiisavaks näiteks haiglast väljakirjutamise jägselt, eriti kui patsient elab üksi. Sel põhjusel on vajalik medikamentoosse ravi, sümptomite monitooringu ning vajaduspõhise kontaktivõtu osas tagada individuaalsus patsiendiõpetuses. Käesolevas uurimistöös selgus, et üksi elavate uuritavate ravisoostumuse koguskoor oli pisut kõrgem (23,79) kui perega elavate uuritavate koguskoor (21,60), viidates pere olulisele rollile enesehoolduslike tegevuste sooritamises. Autor peab tõenäoliseks, et pereliikmed jälgivad pastiendi enesehoolduskäitumist ning toetavad tema raviteekonda.

Prochota jt (2019) on välja toonud, et südamepuudulikkuse raskusaste mõjutab ravisoostumust negatiivselt. Teiseks negatiivseks mõjuteguriks on eelpool kirjeldatud üksinda elamine, mistõttu vajavad kõrgemasse NYHA klassi kuuluvad üksi elavad patsiendid intensiivsemat lähenemist ning spetsiifilsemaid strateegiaid. Sewagegn jt (2015) ning Jankowska-Polanska jt (2020) uurimistöödes on samuti leitud NYHA klassi seost ravisoostumusega, samas kui Seid jt (2019) seda ei leidnud. Käesolevas uurimistöös ei olnud valdav osa uuritavatest (76%) oma haiguse raskusastmest teadlik. NYHA klassist teadlik olemine võib autori hinnangul oluliselt kergendada sümptomite äratundmist ning parandada ravisoostumust. Varasemad uurimistööd on leidnud, et kaasuvad haigused mõjutavad ravisoostumust ebasoodsalt (Sewagegn jt 2015, Seid jt 2019, Jankowska-Polanska jt 2020). Käesolevast uurimistööst selgus, et 43% uuritavatest ei olnud teadlik kaasuvatest diagnoosidest. Kuigi ravisoostumuses ei ilmnenud kaasuvatest haigustest teadlike ning mitteteadlike vahel erisust, ei saa autor selle põhjal järeldada, kuidas see asjaolu mõjutas uuritavate ravisoostumust. Autori arvates võib kaasuvate diagnooside olemasolu tõsta patsiendi haigusteadlikkust ning soodustada enesehoolduslike tegevuste sooritamist.

Uuritavate madal teadlikkus oma haiguse raskusest ning kaasuvate haiguste esinemisest võib uurija hinnangul viidata halvale tervisealasele kirjaoskusele. Järelikult on ravisoostumuse parandamiseks oluline tõsta patsiendi teadlikkust südamepuudulikkusest ning keskenduda konkreetsele patsiendile personaalselt. Autor järeldab, et senisest enam on vajalik patsienti kaasata, pakkudes talle suuremat otsustusõigust ja vastutust. Teadlikkuse tõstmine on üheks otsustustegevuse tõhustamise tingimuseks. Tuginedes asjakohasele teabele saab patsient säilitada stabiilse tervisliku seisundi ning ennetada (korduv)hospitaliseerimist. Hea patsiendiõpetus on hea ravisoostumuse aluseks. Autori hinnangul vajab südamepuudulikkusega patsient tõhusamat järelvalvet, ambulatoorne ning statsionaarne ravi suuremat integreeritust. Nimetatud tegevused kindlustavad patsiendi raviteekonna järjepidevuse. Ühtlasi võimaldaks suurem integreeritus pakkuda patsiendile vajalikku tuge, mis parandaks patsiendi võimekust vajaduspõhiselt spetsialistiga kontakteeruda.

Arvestades südamepuudulikkuse ravi komplekssust, suurt ravikoormust, laia probleemide spektrit ning standardse patsiendikäsitluse ebapiisavust, on autori hinnagul vajalik rakendada personaliseeritud lähenemist. Autori ettepanek oleks kasutada senisest enam erinevaid objektiviseerivaid instrumente ning laiendada statsionaarse ravi meeskonda, kaasates psühholoogi ja toitumisnõustaja. Lisaks on vajalik kaasata senisest enam lähedasi ja tõsta patsient ravimeeskonna keskseks liikmeks. Patsiendi-terapeudi suhe vajab optimeerimist,

olles autori hinnangul tasakaalust väljas. Esimesed sammud tervishoiuteenuse personaliseerimise teel kaugvastuvõttude ja telemeditsiini arendamise näol on astutud.

5.3. Uurimistöö eetilised aspektid

Uurimistööd planeerides võttis uurija arvesse uurimistöö eetilisi aspekte ning lähtus uurimistöö läbiviimisel hea teadustava põhimõtetest. Uurija taotles kooskõlastuse uuirmistöö läbiviimiseks SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Südamekliiniku 1. ja 2. Kardioloogia osakondade juhtidelt ja Kliiniliste uuringute keskuselt ning Tartu Ülikooli Inimuuringute eetikakomiteelt. Andmete kogumise perioodi pikendamiseks esitas uurija eetikakomiteele täiendava taotluse, et kindlustada eetikakomitee poolne jätkuv kooskõlastus uurimistöö läbiviimiseks. Uurimistöös osalemine oli vabatahtlik ning osalemise nõusoleku kinnituseks oli täidetud küsimustiku edastamine.

Üleskutses uurimistöös osaleda teavitas uurija uuritavaid töö eesmärgist, osalemise vabatahtlikkusest ning kinnitas uuritavate õigust mistahes ajahetkel osalemisest loobuda ilma järgnevate sanktsioonideta. Uurija kinnitas uurimistöö anonüümsust. Uurija edastas nii üleskutse kui ümbriku koos küsimustikuga potentsiaalsetele uuritavatele isiklikult, personali kaasamata. Üleskutse edastati uuritavale tervisliku seisundi stabiliseerudes, järgides mittekahjutegemise printsiipi. Üleskutses olid leitavad uurija kontaktandmed juhuks, kui uuritav vajab lisaselgitust, ükski uuritav uurijaga kontakti ei astunud.

Täidetud küsimustikke hoiustas uurija andmete konfidentsiaalsuse tagamiseks oma töökohal lukustavatas kapis ning sisestas need isiklikku parooliga kaitstud sülearvutisse, millele ligipääs oli vaid uurijal. Uuritavatel oli võimalus esitada uurijale täiendavaid küsimusi meili teel või helistades, kontaktandmed esitas uurija üleskutses. Uurimistööga ei segatud personali ega takistatud neid tööülesannete täitmisel. Uurija säilitas neutraalse positsiooni, sekkumata küsimustike täitmisesse ja tagades uuritavate iseseisvuse vastamisel. Uurimistöö tulemusi tutvustab uurija magistritöö kaitsmise järgselt kardioloogia osakondades, samuti plaanib avaldada vastavasisulise artikli ajakirjas “Eesti Arst”. Küsimustikud palub uurija vastutaval uurijal hävitada peale magistritöö kaitsmist, krüpeetritud andmed kustutab uurija oma arvutist.

5.4. Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad

Uurimistöö kitsaskohaks kujunesid COVID-19 pandeemiast põhjustatud töökorralduse muudatused, mille tõttu piirati plaanilist ravi ja suleti tavapärasest varem voodikohti. Uurimistöös osalenute arvu mõjutas lisaks osakondade vahelise liikumise keeld isolatsiooni tõttu. Valimi suurust oli nimetatud põhjustel keeruline prognoosida ning algselt planeeritud andmete kogumise perioodil osutus see ebapiisavaks. Uurija taotles Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt kooskõlastuse täiendavaks andmekogumise perioodiks, mille tulemusena valim suurenes.

Uurija hinnangul on uurimistöö kitsaskohaks taustaküsimuses kaasuvate diagnooside esinemise kohta puuduv vastusevariant "Ei ole", mis tugines uurija praktilisel kogemusel südamepuudulikkusega patsientide haiguskoormusest. Tulevaste uurimistööde planeerimisel tuleb uurija hinnangul küsimustiku kohandamisel pakkuda vastuste suuremat variatiivsust.. Andmete suurema usaldusväärsuse tagamiseks tuleks kasutatavat mõõdikut muuta detailsemaks ning üheselt arusaadavamaks. Kuigi prooviuuring ei toonud otseselt välja kitsaskohti, võib kehalise aktiivsuse või väsimuse määra mõista erinevalt ning mõõdik peaks pakkuma detailsemat selgitust. Tulevaste uurimistööde läbiviimisel on oluline lisada täiendavaid küsimusi uuritavate kliiniliste karakteristikute kohta. Küsimustiku raskusastme tõstmine eeldab uuritavate kognitiivsete võimete täiendavat uurimist. Käepärase valimi kasutamise tõttu on uurimistöö kitsaskohaks hinnanguliste tulemuste sobimatus üldistuste kandmiseks üldpopulatsioonile.

5.5. Tulemuste olulisus ja ettepanekud edasiseks uurimiseks

Uurimistöö olulisus seisneb esmakordses teemakäsitluses Eestis südamepuudulikkuse aspektist. Kliinilises praktikas ei ole uurijale teadaolevalt seni ravisoostumust hinnatud, kuigi patsiendikeskus on muutunud esmaseks prioriteediks tervishoius. Ravisoostumuse hindamine võimaldab saadava informatsiooni põhjal täiustada südamepuudulikkusega patsientide raviteekonda, tõhustades kõikide osapoolte tegevust. Omades täpsemaid teadmisi patsientide õpivajadustest, on võimalik seniseid sekkumisstrateegiaid suunata, keskendudes konkreetsetele aspektidele. Uurimistöö lisab praktilist väärtust südamepuudulikkusega patsientide käsitlusele, tuues esile võimalikud lüngad patsiendiõpetuses. Ravisoostumuse hindamine dünaamikas on oluliseks teguriks konkreetse patsiendi raviteekonna kujundamisel. Uurimistöö autor teeb ettepaneku testida küsimustiku sobivust ja kasutatavust kliinilises

praktikas südamepuudulikkusega patsientide ravisoostumuse dünaamika hindamise instrumendina.

Varasemates uurimistöödes on keskendutud erinevatele aspektidele uuritavate taustaandmetes nagu näiteks kaasuvate diagnooside esinemine. Arvestades depressiooni laiaulatuslikku ning uurija hinnangul alahinnatud mõju südamepuudulikkuse ravis, oleks väärtuslikuks uurimisteemaks depressiooni mõju ravisoostumusele. Südamepuudulikkusega patsientide haiguskoormus ja haigusteadlikkus on väärtuslikku teavet pakkuvad uurimissuunad. Käesoleva uurimistöö autor leiab, et ravisoostumuse uurimisel on perspektiivikas kasutada kvantitatiivse ja kvalitatiivse uurimismeetodi kombinatsiooni, mis võimaldaks saadud tulemuste põhjuslikke seoseid tuvastada. Autor on veendunud, tuginedes tõenduspõhisele teabele ning praktilisele kogemusele, et uurimissuunad peaksid tulevikus keskenduma patsientide individuaalsusele.

6. JÄRELDUSED

Ravisoostumust saab hinnata enesehoolduslike tegevuste ehk enesehoolduskäitumise kaudu ja seda mõjutavad patsientide erinevad demograafilised tegurid, haiguse kulg ja kaasuvad haigused. Patsiendid võivad oma ravisoostumust hinnata heaks, keskmiseks või halvaks. Käesolevas uurimistöös osalenud uuritavad hindasid oma ravisoostumust keskmiseks, millest järeldub, et patsientide hinnanguid enda <ravisoostumusele on võimalik parandada. Selle saavutamist hõlbustaks tulemuslikum patsiendiõpetus.

Patsientide hinnangul on medikamentoosse ravi soovituste järgimine oluline, millest võib järeldada, et ravimite tarvitamise vajadust mõistetakse kõige paremini ja vastavate soovituste järgimine valmistab kõige vähem raskusi. Kõige raskemaks osutus vajaduspõhine kontaktivõtt, eriti kehakaalu kiire tõusu korral, seega võib järeldada, et patsiendiõpetuse kvaliteeti tuleb tõsta sellest aspektist lähtudes. Südamepuudulikkuse korral on dekompensatsiooni ennetamiseks vajalik patsiendipoolne kiire tegutsemine sümptomaatika äratundmisest kohase käitumiseni.

Uurimistööst järeldub, et sugu, tugiisiku olemasolu või puudumine, elukorraldus, kaasuvate diagnooside olemasolu või puudumine ei mõjutanud uuritavate ravisoostumust. Uurimistöös ilmnes statistiliselt oluline erinevus ravisoostumuses vanuse alusel. Üle 65-aastaste ravisoostumus oli parem, kui kuni 65-aastastel. Sellest järeldub, et patsiendiõpetuses tuleb lähtuda individuaalsusest ning senisest enam keskenduda patsiendi ajalisele ressursile ja varasemale kogemusele. Patsiendi isiklik kogemus on väärtuslik tööriist otsustustegevuse arendamiseks. Ühtset seisukohta taustaandmetest tulenevate erisuste kohta südamepuudulikkusega patsientide ravisoostumuse hinnangutes välja tuua ei saa ning patsiendiõpetuses tuleb järgida individuaalse lähenemise printsiipi.

KASUTATUD KIRJANDUS

Al Nasiri, Y.S.M. (2018). An overview of empiricism and its contribution to nursing epistemiology. *International Journal of Social Science and Humanities Research*, 6 (1): 262-267.

Alpert, C.M., Smith, M.A., Hummel, S.L., Hummel, E.K. (2017). Symptom burden in heart failure: assessment, impct on outcomes and management. *Heart Failure Review*, 22, 25-39.

Anton, L. (2019). Kroonilise südamepuudulikkuse diagnoosimine. *Eesti Arst;* 98(1):21-27.

Atherton, J.J., Sindone, A., De Pasquale, C.G., Driscoll, A., MacDonald, P.S., Hopper, I., Kistler, P.M., Briffa, T., Wong, J., Abhayaratna, J., Thomas, L., Audehm, R., Newton, P., O´Loughlin, J., Branagan, M., Connell, C. (2018). National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: Guidelines for the prevention, detection and management of heart failure in Australia 2018. *Heart, Lung and Circulation*, 27, 1123-1208.

Azad, N., Lemay, G. (2014). Management of chronic heart failure in the older population. *Journal of Geriatric Cardiology*, 11, 329-337.

Bhatt, A., Liang, L., DeVore, A.D., Fonarow, G.C., Solomon, S.D., Vardeny, O., Yancy, W., Mentz, R.J., Khariton, Y., Chan, P.S., Matsouka, R., Lytle, B.L., Pina, I.L., Hernandez, A.F. (2018). Vaccination trends in patients with heart failure: Insights from get with the guidelines-heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 6(10): 844-855

Boz-Touwen, I., Jonkman, N., Westland, H., Schuurmans, M., Rutten, F., de Wit, N., Trappenburg, J. (2015). Tailoring of self-management interventions in patients with heart failure. *Current Heart Failure Reports,* 12(3): 223–235.

Cambridge dictionary. https://dictionary.cambridge.org/ (02.05.2020).

Cramer, J.A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C.J., Fuldeore, M.J., Ollendorf, D.A., Wong, P.K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in Health*, 11, 44–47.

Ding, H., Chen, S.H., Edwards, I., Jayasena, R., Doecke, J., Layland, J., Yang, I.A., Maiorana, A. (2020). Effects of different telemonitoring strategies on chronic heart failurec: Systematic review and subgroup meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research,* 22(11): 20-32.

Durante, A., De Maria, M., Boyne, J., Jaarsma, T., Juarez-Vela, R., Strömber, A., Vellone, E. (2021). Development and psychometric testing of the European Heart Failure Self-Care behavior scale caregiver version (EHFScB-C). *Patient Education and Counceling*, 104, 2106-2111.

Eimer, S., Mahmood-Shan, R. (2020). Self-care Behaviour of the Elderly with Heart Failure and its Associated Factors in Hospitals of Gonbad Kavus in 2018. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifer,* 17(1).

Etikan, I., Musa, S.A., Alkassim, R.S. (2015). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Siences,* 5(1): 1-4.

Girerd, N., Chapet, N., Roubille, C., Roncalli, J., Salvat, M., Mouquet,F., Lamblin, N., Gueffet, J.-P., Damy, T., Galinier, M., Tartiere, J.-M., Janssen, C., Berthelot, E., Aguilhon, S., Escamilla, R., Roubille, F. (2021). Vaccination for Respiratory Infections in Patients with Heart Failure. *Journal of Clinical Medicine,* 10, 4311.

Gray, J.R., Grove, S.K., Sutherland, S. (2017). Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence. Elsevier, St.Louis, Missouri.

Grove, S.K., Gray, J.R., Burns, N. (2014). Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice. Saunders, St.Louis.

Inamdar, A.A., Inamdar, A.C. (2016). Heart failure: diagnosis, management and utilization. *Journal of Clinical Medicine,* 5: 62.

Jaarsma, T., Strömberg, A., Martensson, J., Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *European Journal of Heart Failure,* 5: 363–370.

Jaarsma, T., Arestedt., Matrensson, J., Dracup, K., Strömberg, A. (2009). The European Heart-Failure Self-care behavior scale revised into a nine–item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. *European Journal of Heart Failure*, 11: 99–105.

Jaarsma, T., Strömber, A., Gal, T.B., Cameron, J., Driscoll, A., Duengen, H.-D., Inkrot, S., Huang, T.-Y., Huyen, N.N., Kato, N., Koeberich, S., Lupon, J., Moser, D.K., Pulignano, G., Rabelo, E.R., Suwanno, J., Thompson, D.R., Vellone, E., Alvaro, R., Yu, D., Riegel, B. (2013). Comparsion of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Education and Counseling,* (92):1, 114-120.

Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B., Strömberg, A. (2017). Factors releated to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: a literature update. *Current Heart Failure Reports,* 14(2): 71-77.

Jankowska-Polanska, B., Swiatoniowska-Lonc, N., Slawuta, A., Krowczynska, D., Dudek, K., Mazur, G. (2020). Patient-reported compliance in older age patients with chronic heart failure. *PLoS ONE,* 15(4).

Jason, T., McGannon, K.R., Blancharde, C.M., Rainham, D., Dechman, G. (2014). A systematic gender-based review of physical activity correlates in coronary heart disease patients.*International Review of Sport and Exercise Psychology,*1-24.

Jones, C.D., Holmes, G.M., De Walt, D.A., Erman, B., Wu, J.-R., Cene, C.W., Baker, D.W., Schillinger, D., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., Macabasco-O´Connell, A., Hawk, V., Broucksou, K., Pignone, M. (2014). Self-reported recall and daily diary-recorded measures of weight monitoring adherence: associations with heart failure-related hospitalization. *Biomedical Central Cardiovascular Disorders,* (14)1:12.

Klompstra, L., Jaarsma, T., Strömberg, A. (2015). Physical activity in patients with heart failure: barriers and motivation with special focus on sex differences. *Patient preference and adherence,* 9: 1603–1610.

Klompstra, L. (2016).Physical activity in patients with heart failure: motivations, self-efficacy and the potential of exergaming. http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A956952&dswid=4194 (12.12.2021).

Kolasa, J., Lisiak, M., Grabowski, M., Jankowska, E.A., Lelonek, M., Nessler, J., Pawlak, A., Uchmanowicz, I. (2021). Factors associated with heart failure knowledge and adherence to self-care behaviors in hospitalized patients with acute decompensated heart failure based on data from "The Weak Heart" educational program. *Patient Preference and Adherence*, 15, 1289–1300.

Koshy, A.O., Gallivan, E.R., McGinlay, M., Straw, S., Drozd, M., Toms, A.G., Gierula, J., Cubbon, R.M., Kearney, M.T., Witte, K.K. (2020). Prioritizing symptom management in the treatment of chronic heart failure. *Heart Failure*, 7:2193-2207.

Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud patsiendi käsitlus esmatasandil. Eesti ravijuhend .Eesti Haigekassa (2021).

Köberich, S., Kato, N.P., Kugler, C., Strömberg, A., Jaarsma, T. (2021). Methodology quality of studies assessing validity and reliabilitu of the European heart failure self-care behavior scale: a systematic review using the COSMIN methodology. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20, 501-512.

Lainscak, M., Blue, L., Clark, A.L., Dahlström, U., Dickstein, K., Ekman, I., McDonagh, T., McMurray, J.J., Ryder, M., Stewart, S., Strömber, A., Jaarsma, T. (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 13(2):115-26.

Lee, C.S., Lyons, K.S., Gelow, J.M., O´Mudd, J., O´Hiatt, S., Nguyen, T., Jaarsma, T. (2013). Validity and reliability of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale among adults from the United States with symptomic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(2):214-218.

Lee, C.S., Gelow, J.M., Mudd, J.O., Green, J.K., Hiatt, S.O., Chien, C., Riegel, B. (2015). Profiles of self-care management versus consulting behaviours in adults with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 114(1):63-72.

Lee, C.S., Bidwell, J.T., Paturzo, M., Alvaro, R., Cocchieri, A., Jaarsma, T., Strömberg, A., Riegel, B., Vellone, E. (2018). Patterns of self-care and clinical events in a cohort of adults with heart failure: 1 year follow-up. *Heart & Lung,* 47, 40-46.

Lesyuk, W., Kriza, C., Kolominsky-Rabas, P. (2018). Cost-of-illness studies in heart failure: a systematic review 2004-2016. *BMC Cardiovascular Diseases,* 18:74.

Liljeroos, M., Kato, P. N., van der Wal, M.H.L., Brons, M., Luttik, M.L., van Veldhuisen, D.J., Strömberg, A., Jaarsma, T. (2020). Trajectory of self-care behavior in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors. *European Journal of cardiovascular Nursing,* 19(5): 421-432.

Lindgren, M., Börjesson, M. (2021). The importance of physical activity and cardiorespiratory fitness for patients with heart failure. *Diabetes Research and Clinical Practice,* 176.

Lu, M.-X., Zhang, Y.-Y., Jiang, J.-F., Ju, Y., Wu, Q., Zhao, X., Wang, X.-H. (2016). Weight Management Belief is the Leading Influential Factor of Weight Monitoring Compliance in Congestive Heart Failure Patients. *Acta Cardiologica Sinica,* 32(6): 708–715.

Lycholip, E., Aamodt, I.T., Lie, I., Šimbelyte, T., Puronaite, R., Hillege, H., de Vries, A., Kraai, I., Strömberg, A., Jaarsma, T., Celutikiene, J. (2018). The dynamics of self-care in the course of heart failure management: data from the INTOUCH study. *Patient Preference and Adherence,* 12: 1113-1122.

Lynga, P., Persson, H., Hägg-Martinell, A., Hägglund, E., Hagermann, I., Langius-Eklöf, A., Rosenquist, M. (2012). Weight monitoring in patients with severe heart failure. A randomized controlled trial. *European Journal of Heart Failure,* 14(4):438-44.

McDonagh, T.A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R.S., Baumbach,A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Celutkiene, J., Chioncel, O., Cleland, J.G.F., Coats, A. J.S., Crespo-Leiro, M.G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A.W., Jaarsma, T., Jankowska, E.A., Lainsack, M., Lam, C.S.P., Lyon, A.R., McMurray, J.J.V., Mebazaa, A., Mindham, R., Muneretto, C., Piepoli, M.F., Price, S., Rosano, G.M.C, Ruschitzka, F., Skibelund, A.M., ESC Scientific

Document, Group. (2021). Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure,* 42: 3599-3726.

McGreal, M., Hogan, M.J., Walsh-Irwin, C., Maggio, N.J., Jurgens, C.Y. (2014). Heart failure self-care interventions to reduce clinical events and symptom burden. *Research Reports in Clinical Cardiology,* 5: 243-257.

Meditsiinisõnastik. (2004). Kirjastus Medicina, Tallinn.

Merriam-Webster Dictionary: https://www.merriam-webster.com/dictionary/adherence(12.09.2020).

Mlynarska, A., Golba, K.S., Mlynarski, R. (2018). Capability for self-care of patients with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, 13: 1919-1927.

Moser, D.K., Dickson, V.V., Jaarsma, T., Lee, C., Stromberg, A. (2012). Role of self-care in the patient with heart failure. *Current Cardiology Reports*, 14(3), 265-275.

Murad, K., Goff, D.C., Morgan, T.M., Burke, G.L., Bartz, T.M., Kizer, J.R., Chaudrhy, S.I.,Gottdiener, J.S., Kitzman, D.W. (2015). Burden of comorbidities and functional and cognitive impairments in elderly patients at the initial diagnosis of heart failure and their impact on total mortality. *Journal of the American College of Cardiology: Heart Failure*, 3(7).

Pellicori, P., Kaur, K., Clark, A.L. (2018). Fluid management in Patients with chronic heart failure. *Cardiac Failure Review*, 1(2): 90-5.

Pina, I.L., Di Palo, K.E., Brown, M.T., Choudry, N.K., Cvengros, J., Whalen, D., Whitsel, L.P., Johnson, J. (2021). Medication adherence: importance, issues and policy: A policy statement from the American Heart Association. *Progress in Cardiovascular Diseases,* 64: 111-120.

Pobrotyn, P., Mazur, G., Kaluzna-Oleksy, M., Uchmanowicz, B., Lomper, K. (2021). The level of self-care in among patients with chronic heart failure. *Healthcare* **,** 9, 1179.

Ponikowski, P., Voors, A.A., Bueno, H., Cleland, J.G., Coats, A.J., Falk, V., Gonzales-Juanatey, J.R., Harjola, V.P., Jankowska, E.A., Jessup, M., Linde, C., Nihoyannopoulus, P., Parissis, J.T., Pieske, B., Riley, J.P., Rosano, G.M., Ruilope, L.M., Ruschitzka, F., Rutten, F.H., van der Meer, P. (2016). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure,*37(27): 2129-2200.

Prochota, B., Szwamel, K., Uchmanowiczs, I. (2019). Socio-clinical variables affecting the level of self-care in elderly patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18 (7): 628–636.

Rashidi, A., Kaishta, P., Whitehead, L., Robinson, S. (2020). Factors that influence adherence to treatment plans amongst people living with cardiovascular disease: A review of published qualitative research studies. *International Journal of Nursing Studies,* 110,103727.

Ravisoostumuse parandamine on arteriaalse hüpertensiooni suurim terapeutiline reserv. (2010). *Eesti Arst*, 89(7-8): 513-520.

Riegel, B., Carlson, B., Glaser, D. (2003). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart & Lung*, 29(1).

Riegel, B., Moser, D.K., Anker, S.D., Appel, L.J., Dunbar, S.B., Grady, M.Z., Gurvitz, M.Z., Havranek, E.P., Lee, C.S., Lindenfeld, J. (2009). State of science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 120(12):1141-1163.

Riegel, B., Jaarsma, T., Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care that addresses the process of maintaining health with health promoting practices within the context of the management required of a chronic illness. *Advanced Nurisng Science*, 35: 194-204.

Riegel, B., Lee, S.L., Hill, J., Daus, M., Baah, F.O., Wald, J.W., Knafl, G.J. (2019). Patterns of adherence to diuretics, dietary sodium and fluid intake recommendations in adults with heart failure. *Heart & Lunge,* 48(3): 179-185.Ruppar, T.M., Cooper, P.S., Mehr, D.R., Delgado, J.M., Dunbar-Jacob, J. (2016). Medication adherence interventions improve heart

failure mortalityand readmission rates: Systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Journal of American Heart Association,* 5, 6.

Savarese, G., Lund, L.H. (2017). Global public health burden of heart failure. *Cardiac Failure Review,* 3(1): 7-11.

Schäfer-Keller, P., Santos, G.C., Denhaerynck, K., Graf, D., Vassero, K., Richards, D.A., Strömberg, A. (2021). Self-care, symptom experience, needs, and past health-care utilization in individuals with heart failure: results of a cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing* (2021) 20: 464–474.

Sedlar, N., Lainsack, M., Martensson, J., Strömberg, A., Jaarmsa, T., Farkas, J. (2017). Factors related to self-care behaviors in heart failure: A systematic review of European Heart Failure Self-Care Behavior Scale studies. *European Journal of Cardiovascular Nursing,* 16(4): 272-282.

Seid, M.A., Abdela, O.A., Zeleke, E.G. (2019). Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients. From the patients´ point of view. *PLoS ONE,* 14(2).

Sewagegn, N., Fekadu, S., Chanie, T. (2015). Adherence to self-care behaviours and knowledge on treatment among heart failure patients in Ethiopia: The case of a tertiary teaching hospital. *Journal of Pharmaceutical Care & Health Systems,* S4.

Shah, D., Simms, K., Barksdale, D.J., Wu, J.-R. (2015). Improving medication adherence of patients with chronic heart failure: challenges and solutions. *Research Reports in Clinical Cardiology,* 6: 87–95.

Siedlick, S.L. (2020). Understanding Descriptive research Designs and Methods. *Clinical Nurse Specialist,* 34(1): 8-12.

Son, Y., Won, M.H. (2020). Psychomteric Validation of the Korean version of the 9–item European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Evaluation & the Health Professions,* 43(1) : 33-40.

Sousa, J.P., Santos, M. (2019). Symptom management and hospital readmission in heart failure patients. A qualitative study from Portugal. *Critical Care Nursing Quarterly*, Vol 42(1): 81-88.

Stut, W., Deighan, C., Cleland, J.G., Jaarsma, T. (2015). Adherence to self-care in patients with heart failure in the HeartCycle study. *Patient Preference and Adherence,* 9, 1195-1206.

Zores, F., Iliou, M.-C., Gellen, B., Kubas, S., Berthelot, E., Guillo, P., Bauer, F., Lamblin, N., Bosser, G., Damy, T., Cohen-Solal, A., Beauvais, F. (2019). Physical activity for patients with heart failure: Position paper from the heart failure (GICC) and cardiac rehabilitation (GERS-P) working groups of the French Society of Cardiology. *Archives of Cardiovascular Disease*, 112: 723-731.

Taber, K.S. (2018). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education,* 48: 1273–1296.

Taylor, C.J., Ordonez-Mena, J.M., Roalfe, A.K., Lay-Flurrie, S., Jones, N.R., Marshall, T., Hobbs, F.D.R. (2019). Trends in survival after a diagnosis of heart failure in the United Kingdom 2000-2014: population based cohort study. *British Medical Journal*, 364:1223.

Tartu Ülikooli Kliinikum. https://www.kliinikum.ee/haiglast/dokumendid/strateegia-ja-tegevuskava/ (12.01.2022).

Unverzagt, S., Meyer, G., Mittmann, S., Samos, F.-A., Unverzagt, M., Prondzinsky, R. (2016). Improving treatment adherence in heart failure. A systematic review and meta-analysis of pharmacological and lifestyle interventions. *Deutsches Ärzteblatt International,* 113, 423-430.

Uuetoa, T.(2019). Kroonilise südamepuudulikkuse epidemioloogia, käsitlus ja prognoos. *Eesti Arst*, 98 (1):3-7.

Uchmanowicz, I., Nessler, J., Gobbens, R., Gackowski, A., Kurpas, D., Straburzynska-Migaj, E., Kaluzna-Oleksy, M., Jankowska, E.A. (2019). Coexisting frailty with heart failure. *Frontiers in Physiology*, 10(791).

Van der Wal, M.H.L., Jaarsma, T., Moser, D.K., Veeger, N.J.G.M., van Gilst, W.H., van Veldhuisen, D.J. (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*, 27, 434-444

World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, Switzerland. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=9A377BDE61E33C692546999AFB1BDAD6?sequence=1 (20.02.2022).

LISAD

LISA 1. Mõõdiku EHFScB autorilt kasutusloa küsimine

28.10.2020

Dear Mrs.Jaarsma!
I am doing my Master´s studies in Nursing Science at the University of Tartu, Estonia.
In my Master´s thesis i would like to assess heart failure patient´s self-care behaviour in Tartu University Hospital (https://www.kliinikum.ee/en/), Heart Clinic.I am inspired of articles of Yours and Your colleagues in this field,e.g.**Vellone, E., Fida, R., Ghezzi, V., D´Agostino, F., Biagioli, V., Paturzo, V., Strömberg, A.,Alvaro, R. (2016). Patterns of self-care in adults with heart failure and their associations withsociodemographic and clinical characteristics, quality of life, and hospitalizations. A cluster analysis.**I kindly ask You the permission to use the original instrument
(The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale- 9 item).

With Your permission i would also like to translate it into Estonian, do some adjustments (only when it is absolutely necessary), use and publish it in my Master´s thesis.
In my thesis i will follow all the rules of copyright and will indicate to the original source.
Remaining at your disposal for any explanations or further information You may need.
Thank You in advance andkind regards,

ElviiraVool
Department of Nursing Science
Faculty of Medicine
University of Tartu
L.Puusepa 1a
50406, Tartu, Estonia
elviira.vool@kliinikum.ee
Supervisor: Merle Seera
29.10.2020

Dear ElviiraVool!
Thank you for your interest in the EHFScB scale. You are very welcome to use the EHFSB scale. Please find the version and instructions at this website
http://www.isv.liu.se/pp/at/jaarsma-tiny?l=sv

Best regards
Tiny Jaarsma RN PhD
Professor

LISA 2. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö läbiviimiseks

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 337/T-9 **koosolek: 15.03.2021**

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis	Tartu Ülikoolmeditsiiniteaduste valdkond, meditsiinietika nooremlektor

Aseesimees

Kristi Lõuk	Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht/doktorant

Liikmed

Diva Eensoo	Tervise Arengu Instituut, analüütik
Margit Jäätma	Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik
Katrin Kaarna	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute Üksuse tegevjuht
Annika Kask	Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia doktorant
Kalle Kisand	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor
Piret Koosa	Eesti Rahva Muuseum, teadur
Malle Kuum	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Martin Mooses	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor
Marje Oona	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini dotsent / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja
Maire Peters	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika kaasprofessor
Mare Remm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent
Atko-Sulhan Remmel	Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooni-uuringute kaasprofessor

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus eesti keeles: Südamepuudulikkusega patsientide hinnang enda ravisoostumusele SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Südamekliiniku näitel – kvantitatiivne uurimus.

Vastutavad uurijad (asutused):

Merle Seera (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50411, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt,
24.03.2021
2. Vastutava uurija CV (M. Seera)
3. Kaastöötaja CV (E. Vool)
4. Luba mõõdiku autorilt mõõdiku kasutamiseks
5. Üleskutse uuringus osalemiseks eestikeelne variant
6. Üleskutse uuringus osalemiseks venekeelne variant
7. Originaalmõõdik
8. Küsimustik andmete kogumiseks, 24.03.2021
9. Küsimustik andmete kogumiseks vene keeles, 24.03.2021

Uurimistöö lõpp: 31.12.2021

Komitee esimees: Aime Keis */allkirjastatud digitaalselt/*

Komitee sekretär: Kaire Kallak */allkirjastatud digitaalselt/*

Väljastatud: */viimase digitaalallkirja kuupäev/*

LISA 3. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö jätkutaotlusele

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 347/M-28 koosolek: 16.08.2021

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis nooremlektor	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiinieetika

Aseesimees

Kristi Lõuk / doktorant	Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht

Liikmed

Diva Eensoo	Tervise Arengu Instituut, analüütik
Margit Jäätma	Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik
Katrin Kaarna teadusuuringute üksuse tegevjuht	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste
Kalle Kisand professor	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini
Piret Koosa	Eesti Rahva Muuseum, teadur
Malle Kuum	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Martin Mooses lector	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia
Marje Oona	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini dotsent / Kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja
Maire Peters kaasprofessor	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika
Mare Remm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö jätkamine

Uurimistöö nimetus eesti keeles: **Südamepuudulikkusega patsientide hinnang enda ravisoostumusele SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Südamekliiniku näitel – kvantitatiivne uurimus**.

Vastutavad uurijad (asutused):

Merle Seera (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50411, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Jätkutaotluse kaaskiri
2. Muudatustega uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt
3. Muudatustega üleskutse uuringus osalemiseks eestikeelne variant
4. Muudatustega üleskutse uuringus osalemiseks venekeelne variant

LISA 4. Üleskutse uurimistöös osalemiseks

Lugupeetud patsient!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppe üliõpilane Elviira Vool ja kutsun Teid osalema uurimistöös "Südamepuudulikkusega patsientide hinnang enda ravisoostumusele SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Südamekliiniku näitel-kvantitatiivne uurimus".Uurimistöö eesmärk on kirjeldada, kuidas hindavad südamepuudulikkusega patsiendid enda ravi toetavate tegevuste sooritamist viiepalli süsteemis. Andmete kogumine toimub ajaperioodidel aprill-juuni ja august-oktoober 2021. Uurimistöös on oodatud osalema kõik südamepuudulikkusega patsiendid, kes soovivad uurimuses osaleda ning kelle seisund võimaldab küsimustikule iseseisvalt vastata kas eesti või vene keeles.

Uurimistöö aitab välja selgitada, milles võivad patsiendid abi vajada, et oma ravi tõhusamalt toetada. Kui olete nõus osalema, edastab uurija teile küsimustiku. Küsimustik koosneb üheksast küsimusest, kus saate hinnata oma ravi toetavate tegevuste sooritamist viiepalli süsteemis. Küsimustiku lõpus palutakse teil vastata kuuele küsimusele teie ja teie tervisliku seisundi kohta. Teid tuvastada võimaldavaid andmeid ei küsita. Täidetud küsimustik pange palun ümbrikusse, kleepige see kinni ning pange õepostis olevasse lukustatud kasti.

Uurimistöös osalemine on anonüümne ja vabatahtlik, võite küsimustiku täitmisest igal hetke loobuda. Uurimuses osalemine või selle katkestamine ei mõjuta mitte mingil viisil teie ravi ega haiglasviibimist. Küsimustiku vastuseid analüüsitakse ning avalikustatakse üldistatud kujul. Teie vastuseid näeb ainult uurija ning andmeid kasutatakse ainult käesoleva uurimistöö läbiviimiseks.Uurimistöö läbiviimiseks on taotletud kooskõlastus Tartu Ülikooli eetikakomiteelt ja Tartu Ülikooli Kliinikumi kliiniliste uuringute keskuselt.

Uurimistulemusi tutvustatakse Südamekliiniku kardioloogiaosakondades peale töö valmimist 2022. aasta juunis. Kui Te olete tulemustest huvitatud, palun küsige infot selle kohta oma osakonnast. Teie panus on oodatud, aitamaks südamepuudulikkusega patsiente ning toetamaks nende raviteekonda.Kui Teil tekib küsimusi, võtke palun ühendust uurimistöö läbiviija ElviiraVool´uga meiliaadressil ……või telefoninumbril …….

LISA 5. Üleskutse uurimistöös osalemiseks vene keeles

Уважаемый пациент!

Я – Эльвийра Воол, студентка магистратуры сестринского дела Тартуского университета, приглашаю вас принять участие в исследовании «Оценка пациентами с сердечной недостаточностью соблюдения ими предписаний врача на примере кардиологической клиники Тартуского университета – количественное исследование». Цель исследования – описать, как пациенты с сердечной недостаточностью оценивают выполнение ими поддерживающих лечение действий по пятибалльной системе. Сбор данных будет происходить с апреля по июнь и с августа по октябрь 2021 г. Участие в исследовании могут принять все пациенты с сердечной недостаточностью, которые хотят принять участие в исследовании и состояние которых позволяет им самостоятельно ответить на вопросы анкеты на эстонском или русском языке.

Исследовательская работа поможетвыяснить, в чем пациентам может потребоваться помощь для более эффективного поддержания ими своего лечения. Если вы согласны участвовать, исследователь выдаст вам анкету. Анкета состоит из девяти вопросов, в которых вы можете оценить выполнение вами поддерживающихлечение действий по пятибалльной системе. В конце анкеты вам будет предложено ответить на шесть вопросов о вас и вашем здоровье, не содержащих данные, на основании которых можно будет установить вашу личность. Пожалуйста, вложите заполненную анкету в конверт, запечатайте его и положите в закрытый на ключ ящик на посту медсестры.

Участие в опросе является анонимным и добровольным, вы можете в любой момент отказаться от заполнения анкеты. Участие в исследовании или прекращение его никоим образом не повлияет на ваше лечение или пребывание в больнице. Ответы на анкету анализируются и публикуются в обобщенном виде. Ваши ответы увидит только исследователь, данные будут использоваться только для проведения настоящего исследования. Для проведения исследовательской работы было запрошено одобрение этической комиссии Тартуского университета и центра клинических исследований клиники Тартуского университета. Результаты исследования будут представлены в отделениях кардиологической

клиники после завершения написания работы в июне 2022 года. Если вас интересуют результаты, обратитесь за информацией в свое отделение. Ваш вклад в исследование поможет пациентам с сердечной недостаточностью и будет поддерживатьихна пути лечения. Если у вас есть вопросы, обращайтесь к проводящей исследование Эльвийре Воол по адресу ..... по номеру телефона .....

LISA 6. Originaalmõõdik EHFScB-9

The European Heart Failure Self-Care Behavior Scale_9

This scale contains statements about heart failure self-care. Respond to each statement by circling the number you think best applies to you. Note that the different answer alternatives constitute a scale ranging between the extremes of "I completely agree" (1) to "I don't agree at all" (5). Even if you feel uncertain about a particular statement, circle the number you feel is most true for you.

	I completely agree				I don't agree at all
1. I weigh myself every day	1	2	3	4	5
2. If my shortness of breath increases I contact my doctor or nurse.	1	2	3	4	5
3. If my feet/legs become more swollen than usual I contact my doctor or nurse.	1	2	3	4	5
4. If I gain 2 kilo in one week I contact my doctor or nurse.	1	2	3	4	5
5. I limit the amount of fluids I drink (not more than 1½-2 l/day)	1	2	3	4	5
6. If I experience increased fatigue I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
7. I eat a low salt diet	1	2	3	4	5
8. I take my medication as prescribed	1	2	3	4	5
9. I exercise regularly	1	2	3	4	5

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

LISA 7. Küsimustik andmete kogumiseks

Euroopa südamepuudulikkuse enesehoolduskäitumise skaala_9

Vastake igale väitele, tõmmates ringi ümber numbrile, mis teie arvates teie kohta kõige paremini kehtib. Vastamiseks on skaala, mille ühes otsas on „nõustun" (1) ja teises otsas „ei nõustu" (5). Kui te pole kindel, kuidas mõnele küsimusele vastata, siis tõmmake ring ümber numbrile, mis teie arvates kõige õigem tundub.

	Nõustun	Pigem nõustun	Ei oska öelda	Pigem ei nõustu	Ei nõustu
1. Kaalun end iga päev	1	2	3	4	5
2. Võtan perearsti või pereõega ühendust, kui mu õhupuudus süveneb	1	2	3	4	5
3. Võtan perearsti või pereõega ühendust, kui mu jalalabad või sääred on tavapärasest rohkem turses	1	2	3	4	5
4. Võtan perearsti või pereõega ühendust, kui mu kaal tõuseb ühe nädala jooksul 2 kg	1	2	3	4	5
5. Piiran vedelikutarbimist (mitte rohkem kui 1,5-2 liitrit päevas)	1	2	3	4	5
6. Võtan perearsti või pereõega ühendust, kui tunnen end tavapärasest rohkem väsinuna	1	2	3	4	5
7. Söön madala soolasisaldusega toitu	1	2	3	4	5
8. Võtan ravimeid täpselt ettekirjutuse järgi	1	2	3	4	5
9. Olen regulaarselt füüsiliselt aktiivne	1	2	3	4	5

(*järgneb)*

Teie andmed

1. Vanus…..

2. Sugu
   a) mees
   b) naine

3. Kas teil on pereliikmeid/tugiiisikuid, kesteidvajaduselaitavad?
   a) jah
   b) ei

4. Kas te elate üksi?
   a) jah
   b) ei

5. Teie südamepuudulikkuse raskusaste NYHA klassifikatsiooni alusel:
   a) I
   b) II
   c) III
   d) IV
   e) ei tea

6. Kas teil on diagnoositud mõni allpool loetletud haigustest?
   Kui neid on mitu, märkige ära kõik variandid.
   a) hüpertoonia
   b) diabeet
   c) neerupuudulikkus
   d) krooniline obstruktiivne kopsuhaigus ehk KOK
   e) depressioon
   f) ei tea

LISA 8. Küsimustik andmete kogumiseks vene keeles

Европейская шкала оценки способности к самопомощи пациентов с сердечной недостаточностью (EHFScBS_9)

Обведите число, которое, по вашему мнению, наиболее точно отражает нынешнюю ситуацию. Обратите внимание, что разные варианты ответов представляют собой шкалу, варьирующуюся от «полностью согласен(-на)» (1) до «совершенно не согласен(-на)» (5). Даже если вы не уверены в том или ином утверждении, обведите число, которое, по вашему мнению, наиболее верно для вас.

	Согласен (- на)	Скорее согласен (–на)	Не знаю	Скорее не согласен(на)	Не согласен (-на)
1 Я взвешиваюсь каждый день.	1	2	3	4	5
2 Если у меня усиливается отдышка, я обращаюсь к семейному доктору или семейной сестре.	1	2	3	4	5
3 Если у меня ступни/ноги опухают больше, чем обычно, я обращаюсь к семейному доктору или семейной сестре	1	2	3	4	5
4 Если я набираю 2 кг за неделю, я обращаюсь к семейному доктору или семейной сестре	1	2	3	4	5
5 Я огранигиваю количество выпиваемой жидкости (не более 1,5-2 л/д).	1	2	3	4	5
6 Если я чувствую повышенную утомляемость, я обращаюсь к семейному доктору или семейной сестре	1	2	3	4	5
7 Я придерживаюсь диеты с низким содержанием соли.	1	2	3	4	5
8 Я принимаю лекарства согласно назначениям	1	2	3	4	5
9 Я регулярно физический активен(-а).	1	2	3	4	5

(продолжается)

Ваши данные

1. Возраст……..

2. Пол
   a) мужчина
   b) женщина

3. Есть ли у вас члены семьи / опорные лица, которые могут помочь вам в случае необходимости?
   a) да
   b) нет

4. Живете ли вы один/одна?
   a) да
   b) нет

5. Степень вашей тяжести сердечной недостаточности по классификации NYHA:
   a) I
   b) II
   c) III
   d) IV
   e) не знаю

6. Были ли у вас диагностированы какие-либо из перечисленных ниже заболеваний?
   Если их несколько, отметьте все варианты.
   a) гипертония
   b) диабет
   c) почечная недостаточность
   d) хроническая обструктивная болезнь легких - ХОБЛ
   e) депрессия
   f) не знаю