

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Jerneja Pečnik

**VPLIV ZDRAVSTVENE VZGOJE NA SPREMEMBE V
ŽIVLJENJSKEM SLOGU PRI PACIENTIH Z
AKUTNIM MIOKARDNIM INFARKTOM**

Ljubljana, 2018

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Jerneja Pečnik

**VPLIV ZDRAVSTVENE VZGOJE NA SPREMEMBE V
ŽIVLJENJSKEM SLOGU PRI PACIENTIH Z
AKUTNIM MIOKARDNIM INFARKTOM**
(pregled literature)

**IMPACT OF HEALTH EDUCATION ON CHANGES IN
LIFESTYLE BY PATIENTS WITH ACUTE
MYOCARDIAL INFARCTION**
(literature review)

Mentorica: doc. dr. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Recenzentka: pred. mag. Jožica Mesarič, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Ljubljana, 2018

ZAHVALA

Na prvem mestu se zahvaljujem mentorici doc. dr. Andreji Kvas za strokovno svetovanje, pomoč in usmerjanje ter vloženi trud pri izdelavi diplomske naloge.

Besede zahvale pa želim nameniti tudi najbližjim, ki so mi tekom študija stali ob strani. Iskrena hvala staršem, ki sta mi omogočila študij, in ostalim članom družine – bratu, sestri, staremu atu in mojemu fantu Urošu. Hvala, ker ste bili potrpežljivi in me bodrili. Iskrena hvala tudi prijateljem, družini Debeljak in sošolcem.

IZVLEČEK

Uvod: Akutni miokardni infarkt sodi med ishemične bolezni srca in je eden izmed najpogostejših vzrokov za smrt v razvitih državah. Sistematična in načrtovana zdravstvena vzgoja, s strani medicinske sestre, ima pomembno vlogo pri preprečevanju ponovnih srčnih dogodkov. Z njo medicinska sestra skuša doseči, da pacienti izboljšajo kondicijo srčno-žilnega sistema, preprečujejo zaplete in simptome ter zmanjšujejo psihološke posledice. **Namen:** Namen diplomskega dela je s pregledom literature, predstaviti vpliv zdravstvene vzgoje na spremembo življenjskega sloga pri pacientih, ki so preboleli akutni miokardni infarkt. **Metode dela:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Pri pregledu literature smo preučili izbrano strokovno in znanstveno literaturo s področja kardiologije, zdravstvene vzgoje in sekundarne preventive. Literaturo smo iskali s pomočjo podatkovnih baz: CINAHL, Medline, PubMed in ScienceDirect. V pregled smo vključili literaturo iz obdobja od januarja 2007 do januarja 2018. **Rezultati:** V kvalitativno analizo je bilo vključenih devet raziskav. Ugotovili smo, da z zdravstveno vzgojo vplivamo na spremembe v življenjskem slogu pacienta. Zdravstvena vzgoja mora biti dobro načrtovana, s primerno vsebino in izvedena s primernimi metodami in učnimi pripomočki. Dlje trajajoči rehabilitacijski programi/zdravstvena vzgoja je pomenila boljše rezultate pri dosegu ciljev pacientov. **Razprava in sklep:** Rezultati raziskav so pokazali pozitivne učinke na vedenje in spremembe v življenjskem slogu pri pacientih, ki so bili vključeni v proces zdravstvene vzgoje. Zdravstvena vzgoja mora biti prilagojena posamezniku. Pri pacientih so se najprej pokazale spremembe v povečani telesni dejavnosti in opustitvi kajenja, manj pa glede zdrave in uravnotežene prehrane.

Ključne besede: medicinske sestre, preventiva akutnega miokardnega infarkta, dejavniki tveganja, vseživljenjska rehabilitacija.

ABSTRACT

Introduction: The acute myocardial infarction is one of the ischemic heart diseases and is one of the most common causes of death in developed countries. An important role in preventing recurrent cardiac events plays the nurse with a systematic and planned health education. The nurse uses it to try to improve the condition of the cardiovascular system, prevent complications and symptoms, and reduce the psychological consequences. **Aim:** The purpose of the diploma work is to present, on the basis of literature review, the impact of health education on lifestyle changes in patients who have suffered acute myocardial infarction. **Methods:** A descriptive method of work was used. A descriptive method of work was used. In the literature review, we examined selected professional and scientific literature in the field of cardiology, health education and secondary prevention. The literature was searched using the following databases: CINAHL, Medline, PubMed and ScienceDirect. We have included literature for the period from January 2007 to January 2018. **Results:** Nine studies were included in the qualitative analysis. Long-term rehabilitation programs or health education provided better results in reaching patients' goals. Health education must be well planned, with appropriate content and carried out with suitable teaching aids. Long-term rehabilitation programs / health education provided better results in reaching patients' goals. **Discussion and conclusion:** The results show positive effects on behavior and lifestyle changes in patients after receiving health education. Health education should be tailored to the individual's needs. In patients, first appeared changes in increased physical activity and smoking cessation.

Key words: nurse, acute myocardial infarction prevention, risk factors, life-long learning.

KAZALO

1	UVOD	1
1.1	Akutni miokardni infarkt	2
1.1.1.	Dejavniki tveganja	4
1.1.2.	Preventiva	6
1.1.3.	Rehabilitacija po akutnem miokardnem infarktu	7
1.1.4.	Zdravstvena vzgoja	10
2	NAMEN	13
3	METODE DELA	14
4	REZULTATI	16
4.1	Prednosti in pozitivni učinki zdravstvene vzgoje na spremembe v življenjskem slogu pri pacientu z akutnim miokardnim infarktom	24
4.2	Načini izvedbe zdravstvene vzgoje	25
4.3	Značilnosti vključenih raziskav	26
5	RAZPRAVA	28
6	ZAKLJUČEK	31
7	LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI	32

KAZALO TABEL

<i>Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji izbora literature</i>	14
<i>Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav</i>	17

KAZALO SLIK

<i>Slika 1: PRISMA diagram poteka raziskave skozi faze sistematičnega pregleda literature.</i>	15
---	----

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

AMI Akutni miokardni infarkt

ZV Zdravstvena vzgoja

1 UVOD

Ena od pojavnih oblik akutnega koronarnega sindroma je akutni miokardni infarkt (AMI). Ostali obliki sta nestabilna angina pectoris in nenadna srčna smrt (Gričar, 2008). V večini primerov nastane zaradi aterosklerotičnega plaka, ki je nestabilen in privede do tromboze, ta pa lahko delno ali v celoti zapre koronarno arterijo. Takšna zapora v arteriji povzroči ishemijo področja srčne mišice, ki jo koronarna arterija prehranjuje. Kadar je ishemija dolgotrajna in dovolj huda nastane nekroza srčne mišice. V tem primeru gre za AMI, če pa do nekroze ne pride, govorimo o nestabilni angini pectoris (Kralj, 2008).

Kljub zmanjšanju umrljivosti zaradi bolezni srca in žilja v zadnjih tridesetih letih te še vedno predstavljajo najpogostejši vzrok umrljivosti in obolevnosti v razvitih deželah (Fras et al., 2012). V Sloveniji za AMI letno zbolijo 4.000 prebivalcev, 1210 jih je zaradi obstojnega dviga veznice ST sprejetih v bolnišnico (Kranjec et al., 2014). Pregled umrljivosti po različnih slovenskih regijah kaže, da je ta večja v jugovzhodnem predelu Slovenije (Fras et al., 2012). V Sloveniji povzročijo srčno-žilne bolezni 32% vseh smrti pri moških in 45% pri ženskah (Cevc, 2015). V slovenskem nacionalnem programu primarne preventive bolezni srca in žilja so z zbiranjem podatkov od leta 2002 do 2010, prišli do ugotovitev, da je v Sloveniji leta 2010 več kot ena petina (22,3 %) odraslih, starih od 35 do 70 let zelo ogrožena za nastanek srčno-žilnih bolezni v naslednjih desetih letih (Fras et al., 2012). V Evropi predstavlja ishemična bolezen srca 1,8 milijona (20 %) smrti. Najbolj razširjena obolevnost s STEMI (ST elevation myocardial infarction) je na Švedskem, kjer je leta 2015 zbolelo 58 ljudi na 100 000 prebivalcev (Ibanez et al., 2017).

AMI prizadene tako psihično, fizično kot socialno zdravje obolelega. Včasih je veljalo, da so za tovrstnimi obolenji zbolevali predvsem starejši, v današnjem času temu ni tako. Zbolijo tudi mlajši, predvsem zaradi tempa življenja, ki je vse hitrejši in sili ljudi v nezdrav življenjski slog in k tveganju za nastanek AMI (Vardanjani et al., 2013).

Za preprečevanje z aterosklerozo povzročenih srčno-žilnih dogodkov je ključnega pomena, da bolezen in dejavnike tveganja, ki aterosklerozo pospešujejo, čim prej odpravimo oziroma zdravimo. Največ lahko pacient stori sam, s spremembo v življenjskem slogu in doslednim jemanjem zdravil (Cevc, 2015).

Vsak pacient, ki preživi AMI, je vključen v rehabilitacijo. Na začetku v bolnišnično, kasneje v ambulantno ali zdraviliško (Kranjec et al., 2014). Pri preprečevanju ponovnih srčnih dogodkov oziroma sekundarni preventivi ima pomembno vlogo medicinska sestra s sistematično in načrtovano zdravstveno vzgojo (ZV). Z ZV je potrebno pričeti takoj ob sprejemu pacienta v bolnišnico, izvajajo pa jo vsi zdravstveni delavci (medicinska sestra, fizioterapevt, zdravnik, dietetik). Z ZV skuša medicinska sestra pri pacientih, ki so preboleli AMI, doseči, da ti izboljšajo kondicijo srčno-žilnega sistema, preprečujejo zaplete in simptome ter zmanjšujejo psihološke posledice. Paciente pouči o naravi bolezni in pomenu opustitve razvad, omejevanju soli, redni telesni dejavnosti, zdravi prehrani in nadzoru telesne teže (Kranjec et al., 2014). Pacient zaradi krajšanja hospitalizacije in bolnišnične oskrbe redko pridobi vsa potrebna znanja in informacije za samostojno spopadanje z boleznijo (Jug, Keber, 2008). Zdravstvenovzgojni proces bi moral trajati dlje časa, po ambulantni ali zdraviliški rehabilitaciji se pacientu priporoča vseživljenjska rehabilitacija, tudi s pomočjo koronarnih klubov, katerih mrežo imamo dobro razporejeno po vsej Sloveniji. Pacienti se vključujejo tudi v zdravstvenovzgojne programe – delavnice, ki jih izvajajo v Zdravstvenovzgojnih centrih ali Centrih za krepitev zdravja v slovenskih zdravstvenih domovih glede na dejavnike tveganja (opuščanje kajenja, povečana telesna teža, telesna nedejavnost, itd.). V svetu obstajajo najrazličnejši kardiovaskularni programi, ki se z dolgotrajnostjo (vsaj 3 mesece) in multidisciplinarnim timom izkažejo kot zelo uspešni (Hansen, Maindal, 2014; Giallauria, 2009).

Treba se je zavedati, da AMI lahko prizadene vsakega izmed nas, najboljša preventiva pa je zdrav način življenja.

1.1 Akutni miokardni infarkt

AMI nastane kot posledica koronarne ateroskleroze, ki se prične zgodaj v življenju, do zapletov pa pride ob delovanju neurejenih dejavnikov tveganja. Koronarno žilje je namenjeno preskrbi srčne mišice s kisikom in drugimi hranili, hkrati pa odstranjuje odpadne presnovke. Koronarna ateroskleroza je degenerativno vnetna bolezen, ki s tvorbo aterosklerotičnih leh v subintimalnem prostoru postopno zožuje svetlino epikardnih arterij in s tem ovira prekrvitev srčne mišice. Kadar pride do popolne zapore koronarne svetline, govorimo o AMI (Kranjec et al., 2014).

Ateroskleroza je kronično stanje, pri kateri se zaradi kopičenja lipidov zadebeli arterijska stena. Nastajanje aterosklerotičnih plakov imenujemo ateroskleroza, proces, ki vodi do nastanka teh plakov pa aterogeneza. Glavno tveganje za aterosklerozo so dislipidemija, diabetes, kajenje, hipertenzija in genetske nenormalnosti (Bergheanu et al., 2017). Kronično vnetje povzroči razvoj plaka. Plaki se delijo v dve skupini: na stabilne in nestabilne. Stabilni aterosklerotični plaki, ki so običajno asimptomatični, so bogati z zunajceličnim matriksom in žilno gladko mišičnino. Nestabilni plaki pa so bogati z makrofagi in penastimi celicami, zunajcelični matriks (imenovan tudi fibrozni pokrov), ki ločuje lezijo od arterijske svetline, pa je običajno šibek in se rad raztrga. Raztrganje fibroznega pokrova sproži nastanek trombusa v žilni svetlini, kar vodi do tromboze in posledično do AMI. Kopičenje lipidov pa ni edini vzrok nastajanja ateroskleroze. Drugi vzrok je lahko vnetje žilne stene in prisotnost limfocitov v žilni steni. Torej obstaja povezava med imunskim odgovorom telesa na poškodbo žilne stene in aterosklerozo. Imunski sistem in kronično vnetje prispevata k napredovanju ateroskleroze (Qahtany et al., 2018).

Najpogostejši vzrok za nastanek AMI je torej trombus, AMI pa lahko nastane tudi, če se koronarna arterija začasno skrči in ustavi dotok krvi. Takšen krč lahko povzroči ateroskleroza, lahko pa ga izzovejo tudi kemične snovi, kot so amfetamini ali kokain, virusna okužba, kajenje (zlasti pri ženskah, ki jemljejo kontracepcijske tabletko) in stres (Sheena, 2011).

Infarktna bolečina se najpogosteje pojavi v jutranjih urah. Začne se nenadno, neodvisno od položaja telesa, napora, dihanja, kašljanja ali pritiska na prsni koš. Pojavi se za prsnico in obsega širše področje, ki ga lahko pacient pokrije s pestjo. Je pekoča ali stiskajoča. Tipično se širi v levo roko, do komolca, zapestja ali celo konic prstov, redkeje v desno ramo in roko. Seva lahko za lopatici, v vrat, spodnjo čeljust ali celo dlesni. Možno je, da se bolečina pojavi v roki ali čeljusti, za prsnico je ni ali pa se tja širi kasneje. Pacienti opišejo bolečino kot stiskajočo, traja več kot 20 min, lahko tudi ur ali dni (Kranjec et al., 2014).

Ostali pogosti znaki so: topo, boleče nelagodje ali občutek teže in napetosti, slabost, bruhanje, tesnoba, znojenje, mrazenje, težko dihanje in občutek dušenja (Sheena, 2011). Znaki srčnega infarkta se od človeka do človeka razlikujejo. Pogosto so manj očitni pri ženskah kot moških. Pri sladkornih pacientih lahko poteka AMI brez bolečine za prsnico; namesto tega težko dihajo, so zmedeni, muči jih slabost, bruhanje (Gričar, 2009).

Ključne prvine za prepoznavo AMI so značilni simptomi, EKG-spremembe (ločimo AMI z dvigom veznice ST, STEMI in AMI brez obstojnega dviga veznice ST, NSTEMI) in določanje označevalcev srčnomišičnega odmrta v krvi. Največ se uporablja določitev troponinov I ali T. Patološka vrednost pomeni zanesljivo odmrta srčne mišice in loči paciente z AMI od nestabilne angine pektoris. Plazemske vrednosti troponinov se pričnejo večati štiri ure po nastopu AMI (Kranjec et al., 2014). Koronarografija je invazivna preiskava, ki nam s pomočjo radiografskega kontrasta natančno prikaže anatomijo koronarnih arterij. Običajni pristopni mesti sta femoralna ali radialna arterija. Druga, neinvazivna preiskava pa je ultrazvočna preiskava srca. Je hitra preiskava, ki temelji na odboju ultrazvočnega valovanja. Prikaže velikost srčnih votlin, debelino in krčljivost srčne stene, delovanje srčnih zaklopk. AMI povzroči različno veliko odmrta mišice in s tem področne motnje v krčljivosti, kijih z ultrazvokom srca zaznamo (Gričar, 2008).

Danes je cilj pri vseh pacientih z AMI doseči čimprejšnjo vzpostavitev ponovnega pretoka po zaprti koronarni arteriji. Na terenu pacientu najprej preko nosnega katetra ali maske apliciramo dodaten kisik. Oboleli mora čim prej dobiti Aspirin®, v odmerku 500 mg. Če gre za elevacijo veznice ST, prejme pacient skladno s smernicami in glede na konzultacijo z ustreznim zdravnikom tudi standardni heparin intravensko in klopidogetrel. Pod jezik z razprški nitroglicerina zmanjšamo krvni tlak in bolečine pacienta. Zoper bolečine lahko dobi tudi morfin (Gričar, 2008). V Sloveniji za vzpostavitev pretoka pri AMI (ki se v EKG kaže z dvigom veznice ST–STEMI) paciente v najkrajšem možnem času (90–120 min) napotimo v center z možnostjo primarne koronarne intervencije (PCI), kjer lahko dosežemo ponovno vzpostavitev pretoka v zaprti žili z aspiracijo strdka in s postavitvijo žilne opornice – stenta. V Sloveniji delujeta dva katetrski laboratorija, ki zagotavljata 24-urno možnost zdravljenja STEMI s PCI: Univerzitetni klinični center (UKC) Ljubljana in UKC Maribor (Lipar, 2014). Po odpustu iz bolnišnice se mora pacient vključiti v rehabilitacijo takoj (NSTEMI) ali po 2–4 tednih (STEMI) (Kranjec et al., 2014).

1.1.1. Dejavniki tveganja

Dejavniki tveganja igrajo pomembno vlogo pri razvoju koronarne bolezni. Z zmanjševanjem dejavnikov tveganja manjšamo možnosti za obolenja oz. smrt. Danes poznamo več sto dejavnikov tveganja za nastanek ateroskleroze in posledično AMI. Ti se

med seboj prepletajo in delujejo sinergistično (Cevc, 2015). Pomembni so zlasti t. i. klasični dejavniki tveganja, med katere uvrščamo: biološke oziroma nespremenljive dejavnike, dejavnike življenjskega sloga, bolezni in psihosocialne dejavnike.

Biološki oziroma nespremenljivi dejavniki:

- spol; AMI je včasih razumljen kot tipična bolezen moških. Vendar bolezen prizadene približno enako število moških in žensk. V Evropi zbolijo za koronarno srčno boleznijo 21 % žensk in 20 % moških (De Smedt et al., 2016).
- starost; spremembe v žilnih stenah se pričnejo zgodaj v življenju. Pri moških ob koncu drugega desetletja, pri ženskah pa približno 10 let kasneje. Največ obolelih je starih nad 65 let, srčni infarkt pa prizadene tudi mlajše. Moški obolevajo mlajši kot ženske, vendar imajo te slabšo prognozo (Kranjec et al., 2014).
- dednost; srčno obolenje v družini statistično povečuje tveganje za nastanek AMI (Sheena, 2011).

Dejavniki življenjskega sloga:

- kajenje; dokazano pospešuje aterosklerozo. Tobak pri kajenju izgoreva nepopolno, nastaja ogljikov monoksid, sproščajo se kisikovi prosti radikali, ki poškodujejo žilno steno in pospešijo nastanek ateroskleroze pri dovzetnih posameznikih. Opustitev kajenja zmanjša tveganje za ponoven infarkt za 32 % (Sheena, 2011).
- telesna nedejavnost; botruje nastanku mnogih bolezni, tudi AMI. Z redno telesno dejavnostjo uravnavamo raven krvnega tlaka, maščob in sladkorja v krvi. Zmanjšujemo utrujenost in stres (Bucholz et al., 2012).
- nezdrava prehrana; prehrana, ki vsebuje veliko nasičenih maščob in soli. V povezavi s telesno nedejavnostjo in kajenjem je eden glavnih dejavnikov za nastanek ateroskleroze (White et al., 2011). Svetujemo sredozemski tip prehrane. Odsvetujemo zelo začinjene, mastne, ocvrte in prekajene jedi (Mehta et al., 2015). Olivno olje, ribe, sadje in zelenjava imajo varovalni učinek na krvni obtok (Sheena, 2011).
- tvegano pitje alkohola; dokazano povečuje tveganje za nastanek srčno-žilne bolezni. Prevelike količine alkohola lahko dvignejo krvni tlak in povečajo nivo trigliceridov, kar je lahko kombinacija, ki privede do srčnega infarkta (Kranjec et

al., 2014). Tvegano pitje je vsako pitje zdravega odraslega, ki presega pri moškem: v enem dnevu 2 decilitra vina ali ena steklenica piva ali 2 šilci žgane pijače, pri ženski: v enem dnevu več kot 1 deciliter vina ali pol steklenice piva ali 1 šilce žgane pijače (NIJZ, 2014).

Bolezni:

- zvišan krvni tlak; ljudje s hipertenzijo so trikrat do štirikrat bolj ogroženi za nastanek koronarne srčne bolezni, kot ljudje z normativnim krvnim tlakom (Sheena, 2011).
- sladkorna bolezen; pomemben dejavnik tveganja za koronarno bolezen srca in je povezana z neugodno prognozo teh bolezni (Sheena, 2011).
- dislipidemija; povečan LDL (low-density lipoprotein/lipoproteini z nizko gostoto), povečujejo tveganje za aterosklerozo. HDL (high density lipoprotein/lipoprotein z visoko gostoto) pa varuje srce in obtočila. Z uživanjem zdrave hrane, brez nasičenih maščob, zmanjšujemo LDL (Sheena, 2011).
- debelost; debelost sama po sebi ni glavni razlog za AMI. Skupaj s sladkorno boleznijo in holesterolom pa predstavlja grožnjo za srčno-žilne bolezni. Posebej je nevarna trebušna (centralna) debelost (Bucholz et al., 2012).

Psihosocialni dejavnik:

- stres; je eden pomembnejših vzrokov bolezni v sodobnem svetu in ima ključno vlogo pri sprožanju nevarnih srčno-žilnih dogodkov. Nenehen stres veča nagnjenost k strjevanju krvi, telo spodbudi k izločanju hormona kortizola, ki ga povezujemo s hipertenzijo, trebušno debelostjo in sladkorno boleznijo tipa 2 (Sheena, 2011).

1.1.2. Preventiva

V zdravstvu delimo preventivo na tri ravni: primarno, sekundarno in terciarno. Pri pacientu, ki je preživel AMI, ima izražene znake bolezni in je ogrožen za ponovno obolenje, uporabljamo sekundarno preventivo. S sekundarno preventivo želimo preprečevati ponavljanje srčno-žilnih dogodkov, kar pomeni zagotavljanje najboljše možne kakovosti življenja in dolgotrajnega preživetja osebam, ki so preživele akutno obliko bolezni (Fras et al., 2012).

Cevc (2015) navaja, da sekundarna preventiva zajema ukrepe, s katerimi želimo zavreti napredovanje aterosklerotične bolezni oziroma preprečiti nastanek simptomov srčno-žilnih dogodkov. Največji pomen v okviru sekundarne preventive daje terapevtski spremembi življenjskega sloga. Ta zajema nekadilstvo, zdravo prehrano, shujšanje pri prekomerni telesni teži in telesno dejavnost (vsaj 30 min aerobne telesne dejavnosti dnevno). Da lahko pacient spremeni življenjski slog, je pomembna kontinuirana in kakovostna ZV, tako s strani medicinske sestre kot tudi zdravnika.

Najpomembnejše pri pacientih, ki so preboleli AMI, je, da po odpustu iz bolnišnice spremenijo nezdrav življenjski slog. Večina pacientov prepozna potrebo po spremembi, vendar jim velikokrat primanjkuje motivacije (Junehag et al., 2013). V času hospitalizacije ima pomembno vlogo medicinska sestra z ZV. Medicinska sestra pacienta motivira za spremembe in mu posreduje znanje in veščine, ki jih potrebuje za ohranjanje ali povrnitev zdravega življenjskega sloga. Zdrav življenjski slog namreč preprečuje ponovni srčno-žilni dogodek.

1.1.3. Rehabilitacija po akutnem miokardnem infarktu

Rehabilitacija po AMI se prične že v bolnišnici, trajati mora vse življenje. Najpomembnejša naloga zdravstvenih delavcev je, da pacienta poučimo, da je AMI posledica najrazličnejših dejavnikov tveganja, ki so povezani z našimi vzorci obnašanja in življenjskega sloga in da za preprečitev ponovnega obolenja največ naredi pacient sam. Z zdravim življenjskim slogom preprečuje ponovne srčno-žilne dogodke, počutje je izboljšano, preprečuje tudi ostale kronične nenalezljive bolezni. Pacient se mora zavedati, da se nikakor ne sme vrniti v stare vzorce obnašanja, ki so privedli do obolenja (Fras et al., 2012).

Cilji rehabilitacije so kratkoročni in dolgoročni. Med kratkoročne štejemo izboljšanje telesne zmogljivosti v tolikšni meri, da pacient lahko prične z običajnimi dnevnimi aktivnostmi. Zmanjšati želimo fiziološke in psihološke posledice srčnega infarkta, ogroženost pred nenadno smrtjo in vnovičnim AMI ter odstraniti simptome srčne bolezni. Dolgoročni cilji pa so: opredelitev in obvladovanje dejavnikov tveganja, stabilizacija

aterosklerotičnega procesa, okrepitev psihičnega stanja in ponovna vključitev pacienta v družbo in družino (Nunes et al., 2016).

Ivanuša (2015) opredeli cilje sodelovanja v kardiovaskularnem rehabilitacijskem programu na medicinske (izboljšanje funkcije miokarda, izginotje simptomov, povečanje delovne sposobnosti), psihološke (vrnitev samozavesti, zmanjšanje depresije), vedenjske (nekajenje, redna telesna dejavnost, zdrava prehrana, redno jemanje zdravil), socialne (vrnitev na delovno mesto) in cilje za zdravstveni sistem (zmanjšani stroški zdravljenja, hitra mobilizacija in odpust, zmanjšanje ponovnih hospitalizacij zaradi kardiovaskularnih bolezni).

Časovno rehabilitacijo po AMI delimo v zgodnjo mobilizacijo (bolnišnična), okrevanje (ambulantno ali zdraviliško) in končno doživljenjsko rehabilitacijo, ki poteka v domačem okolju in koronarnih klubih. V celoviti obravnavi koronarnih pacientov si je v zadnjih desetletjih rehabilitacija zagotovila pomembno mesto in postala ključna prvina oskrbe pacientov po srčnem infarktu. V procesu rehabilitacije ima pomembno mesto medicinska sestra z izvajanjem ZV (Žerdoner, 2016).

V Sloveniji se bolnišnična rehabilitacija prične v nekaj urah po opravljeni PCI (percutaneous coronary intervention/perkutani koronarni intervenciji). V povprečju se pacient vrne v domačo oskrbo prej kot v tednu dni. Tisti, ki po posegu nimajo zapletov in so stari 60–70 let, so odpuščeni v roku 72 ur. V tem času je potrebno pacienta poučiti o naravi njegove bolezni, vzrokih in možnih posledicah. Vloga medicinske sestre v procesu ZV je, v sodelovanju z zdravniki, neprecenljiva (Lipar, 2014).

Čas od akutnega srčnega dogodka do vključitve v rehabilitacijski program je različen. Odvisen je od vrste dogodka in načina zdravljenja. Poteka lahko ambulantno ali v rehabilitacijskih ustanovah (zdraviliščih). Ambulantna rehabilitacija je najbolj razširjen tip rehabilitacije, programi trajajo 2–6 mesecev, zato je učinkovitejša pri spreminjanju življenjskih navad in omogoča boljše vključevanje pacienta v običajno življenje. Po navadi je organizirana v bolnišnicah (Gričar, 2009).

Ocepek in Zobavnik (2008) ugotavljata, da je tako kot na kliniki tudi v ambulanti pomanjkanje prostora za izvajanje ZV, veliko število kardioloških pacientov in ogromno administrativnega dela pa občasno onemogočajo doseganje zastavljenega cilja – kakovostne rehabilitacije.

Zdraviliško zdravljenje v Sloveniji traja dva tedna in je dražje. Omogoča boljši nadzor nad pacienti, zato je bolj primerno za bolj ogrožene paciente. V Sloveniji se večina pacientov rehabilitira v specializiranih zdraviliščih, želimo pa si več ambulantnih rehabilitacij (Kranjec et al., 2014).

Zdraviliška rehabilitacija pacienta zajema standardni tritedenski program rehabilitacije po AMI, ki poteka v lokalnem zdravilišču. Vsak dan se izvaja stopenjski telesni trening v skladu s smernicami Sekcije za srčno rehabilitacijo Evropskega združenja za kardiovaskularno rehabilitacijo in preventivo. Dnevna nadzorovana telesna dejavnost vključuje periodično ergometrijsko vadbo (20–30 min), različne vaje s fizioterapevtkami, prilagojene glede na NYHA razred (30 min), nordijsko hojo in vadbo v bazenu. Vsi pacienti so vključeni v izobraževalni program, ki obsega razumevanje pomena farmakološkega zdravljenja, zdravega prehranjevanja in sprememb življenjskega sloga (Mlakar et al., 2014).

V Sloveniji sta dve zdravilišči, kjer opravljajo rehabilitacijo srčno-žilnih pacientov: Terme Radenci in Terme Krka – Zdravilišče Šmarješke Toplice. Program traja tri tedne. Cilji programa:

- izboljšanje telesne zmogljivosti,
- odpravljanje morebitnih simptomov,
- zmanjšanje tveganja za poslabšanje bolezni,
- zmanjšanje posledic bolezni,
- obvladovanje dejavnikov tveganja za nastanek bolezni,
- stabilizacija bolezni,
- pacientova čimprejšnja ponovna vključitev v socialno in delovno okolje (Radošević, 2015).

V pripravo in izvajanje programa so vključeni: kardiologi, medicinske sestre, fizioterapevti, maserji, psihologi in strokovnjaki za prehrano (Radošević, 2015). Zdraviliška rehabilitacija po AMI učinkovito zvišuje aerobno telesno zmogljivost, nima pa vpliva na klasične faktorje tveganja za srčno-žilna obolenja. Vzrok pripisujejo kratkemu programu zdraviliške rehabilitacije (Mlakar et al., 2014).

Rehabilitacija po AMI traja vse življenje. Zadnja faza rehabilitacije poteka v domačem okolju in v koronarnih klubih, katerih mrežo imamo zelo dobro razvito po vsej Sloveniji. Cilji in namen koronarnih klubov je omogočiti kroničnim koronarnim pacientom nadaljevanje rehabilitacije in izboljšanje kakovosti življenja. Vključeni so pacienti, svojci in osebe z visokimi dejavniki tveganja. Koronarni klubi delujejo izven zdravstvenega sistema v skladu z Etičnim kodeksom organiziranega prostovoljstva in v povezavi s kardiološko stroko (Gorup, 2012).

1.1.4. Zdravstvena vzgoja

Sprememba življenjskega sloga pri pacientu, ki je prebolel AMI, temelji na opustitvi kajenja, zdravi prehrani (zaščitna mediteranska dieta), hujšanju pri prekomerni prehranjenosti (ciljni indeks telesne mase <25), želeni obseg pasu pri moškem znaša pod 102 cm, pri ženskah pa pod 88 cm, redni telesni dejavnosti (vsaj 30 min aerobne vadbe dnevno). S sekundarno preventivo skušamo optimalno uravnati vse dejavnike tveganja za srčno-žilne bolezni, predvsem dislipidemijo, sladkorno bolezen pa tudi zvišan krvni tlak. Upoštevati moramo tudi koristi farmakološke preventive (Cevc, 2015).

Spremembo življenjskega sloga bomo pri pacientu dosegli s pomočjo ZV. Hoyer (2005) navaja, da je ZV proces, s katerim se posamezniki in skupine učijo krepiti, ohranjati in uveljavljati zdravje, je torej kombinacija učenja in vzgoje. Človek se mora naučiti zdravje ohranjati, si ga po bolezni ali poškodbi ponovno pridobiti in živeti skladno s svojimi potrebami in zmožnostmi.

ZV je najpomembnejši element preventive pri pacientu, ki je prebolel AMI. V procesu ZV medicinska sestra vpliva na zmanjšanje vpliva dejavnikov tveganja in pomaga pacientom, da spremenijo svoj življenjski slog (Eshah, 2013). Gre za učenje, ki v splošnem pomeni vsako obliko dejavnosti, s katero dosežemo spremembo posameznikovega vedenja (Zurc, 2010). Zdravljeni ljudje potrebujejo vsebine in znanja za prepoznavanje simptomov, dejavnike tveganja za sprejemanje zdravljenja in sledenje rehabilitacijskim programom (Hoyer, 2005). Da pacient pridobi znanje, ga je potrebno vključiti v proces ZV. ZV je namerna dejavnost, ki s pomočjo učenja zvišuje znanje o zdravju (Piper, 2009).

Za AMI zbolevalo predvsem odrasli, zato je zelo pomembno, da zdravstveni delavci za uspešno zdravstvenovzgojno delo poznajo zakonitosti andragogike. Pomembno je, da znajo medicinske sestre / zdravstveni delavci uporabljati primerne andragoško-didaktične pristope (Kvas, 2015). Za odrasle je namreč značilno, da že imajo neko predznanje in življenjske izkušnje, ki so nam, zdravstvenim delavcem, v procesu ZV lahko v veliko pomoč. Pristope v procesu ZV tako prilagodimo odraslim, njihovim življenjskim izkušnjam, učnim navadam in tehnikam učenja (Kiger, 2004). Odrasli se vključijo v zdravstvenovzgojni proces zaradi lastne motiviranosti, želje po znanju. Bolj kot po pridobivanju novega znanja imajo težnjo po transformiranju znanja, ki ga že imajo (Hoyer, 2005). V odraslosti se kažejo nekatera področja, na katerih učinkovitost narašča (npr. presojanje, socialne sposobnosti), na drugih področjih sposobnosti upadajo. Pri starejših udeležencih lahko pešata vid, sluh, pojavijo se spremembe v živčno-mišičnem sistemu, kar povzroči daljši odzivni čas, da razumejo navodila oziroma se odzovejo na podana vprašanja (Kvas, 2015). Vse tovrstne značilnosti odraslih je treba pri načrtovanju in uresničevanju zdravstvenovzgojnega procesa upoštevati, če želimo, da bodo udeleženci dejavno uresničevali zastavljene cilje (Hoyer, 2005).

ZV se izvaja v štirih fazah (Kiger, 2004). Medicinska sestra v prvi fazi ugotavlja in analizira učne potrebe pacienta. Podatke pridobi z motivacijskim intervjujem s svojci in pacientom in iz pacientove dokumentacije. V tej fazi skuša ugotoviti raven trenutnega znanja pacienta oz. zdravstveno pismenost pacienta o bolezni, življenjski slog pacienta pred AMI, pacientove intelektualne sposobnosti in osebnostne značilnosti in kakšna so pacientova pričakovanja od ZV. Prvi fazi sledi načrtovanje izvajanja učnih ciljev (Kiger, 2004). V tej drugi fazi medicinska sestra naredi načrt za učno vsebino, učne oblike, metode, izbere primeren prostor in čas izvajanja ZV ter izvajalce ZV (Hoyer, 2005). Tretja faza je izvajanje pripravljenega učnega načrta. Izvajanje ZV je potrebno tudi dokumentirati v pacientovo dokumentacijo. Zadnja faza je vrednotenje ZV, kjer medicinska sestra vrednoti izvedbo, izvajalce in organizacijo ZV (Kiger, 2004). Medicinska sestra lahko sproti prilagaja učni načrt, glede na potrebe pacienta, in sprotno vrednoti (Hoyer, 2005).

Medicinske sestre imajo v zdravstvenem timu ključno vlogo v procesu ZV, saj prav one preživijo največ časa s pacientom. To jim omogoča, da prepoznajo trenutek, ko je pacient sposoben in motiviran za učenje. V procesu ZV naj bo pacient aktiven, kar pomeni, da aktivno sodeluje v procesu pridobivanja novega znanja, veščin in spretnosti. Medicinske

sestre naj v proces ZV vključujejo aktivne učne metode in oblike dela, ob uporabi primernih učnih pripomočkov (Kvas, 2011).

Metode dela, med katerimi izbiramo, so: razlaga, pogovor, pripovedovanje, razprava, demonstracija, metoda praktičnih del, prepričevanje, spodbujanje in izmenjava mnenj. Na koncu vsakega zdravstvenovzgojnega procesa naj pacient dobi tudi pisno gradivo (knjižice, zloženske, brošure ipd.), ki mu ga medicinska sestra vnaprej obrazloži in da možnost postavitve dodatnih vprašanj in razlage (Kvas, 2015). Individualna oblika dela naj poteka v prijetnem prostoru brez motenj, izbiro vsebine, čas prilagajamo posamezniku, ustno razlago podkrepimo s pisnim gradivom (Nunes et al., 2016; Boyde et al., 2015). V samem procesu ZV naj sodelujejo tudi svojci, ki pacientu nudijo čustveno oporo (Radošević, 2015).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je, s pregledom literature, predstaviti vpliv ZV na spremembo življenjskega sloga pri pacientih, ki so preboleli AMI. Cilji diplomskega dela so:

- predstaviti AMI,
- ugotoviti, kakšen je vpliv ZV na spremembe v življenjskem slogu pri pacientih po prebolelem AMI in
- ugotoviti, na kakšen način je bila izvajana ZV.

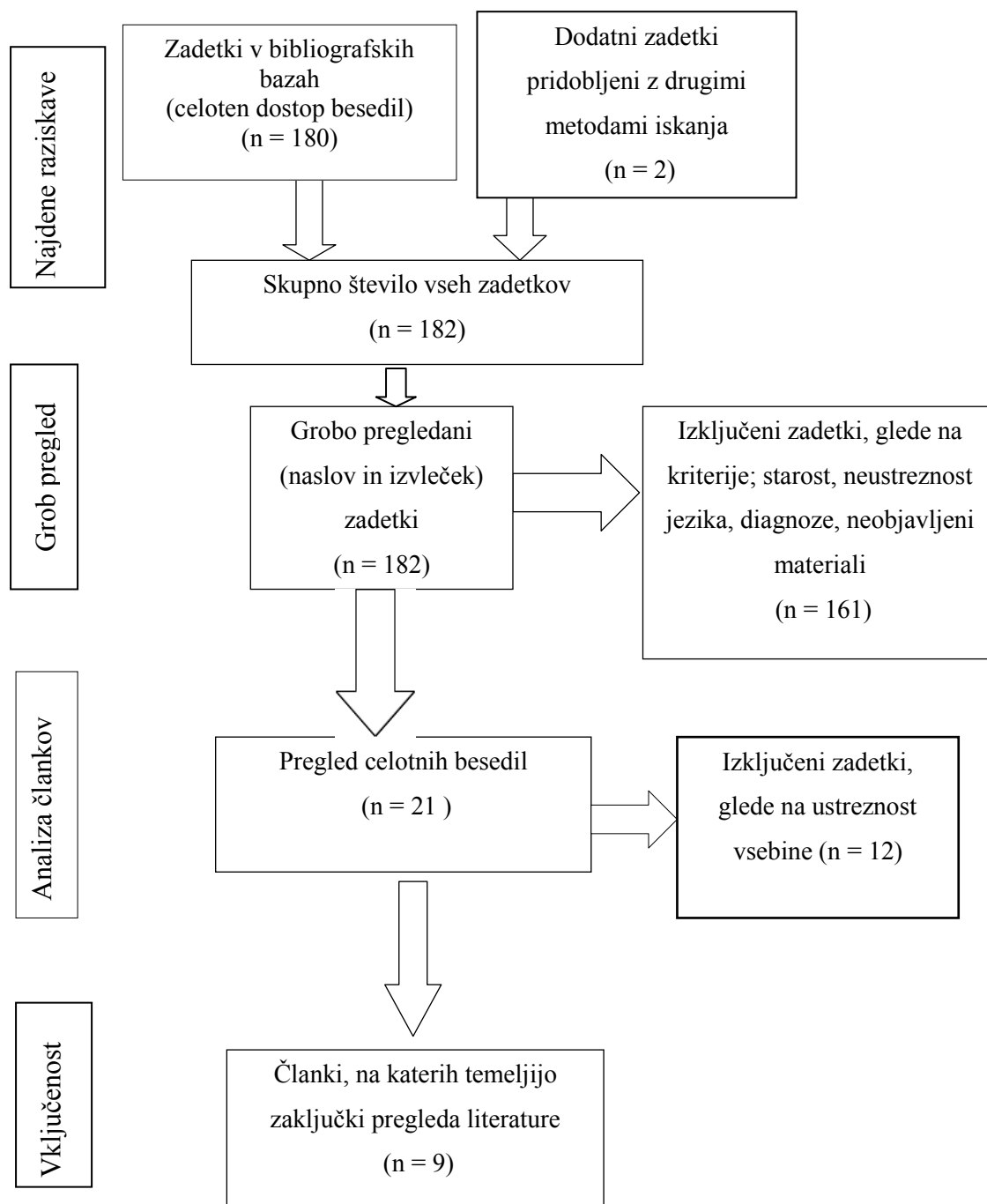
3 METODE DELA

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Pri pregledu literature smo preučili izbrano strokovno in znanstveno literaturo s področja kardiologije, AMI, ZV in sekundarne preventive. V pregled smo vključili literaturo od januarja 2007 do januarja 2018. Iskanje literature je potekalo v knjižnici Zdravstvene fakultete. Pregledali smo podatkovne baze CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Medline, PubMed in ScienceDirect. V pomoč nam je bil tudi informacijski portal Google učenjak. Pregledali smo spletne strani in forume s področja kardiologije in preventive po prebolelem AMI. Pri iskanju literature so bile uporabljene sledeče ključne besede: medicinske sestre, preventiva AMI, dejavniki tveganja, vseživljenjska rehabilitacija. Uporabljene ključne besede z Boolovimi operaterji (AND, OR, NOT) so bile v angleščini: nurse, acute myocardial infarction prevention, risk factors, life-long learning.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji izbora literature.

Kriteriji	Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Medicinska diagnoza	Pacienti z diagnozo akutni miokardni infarkt in angina pectoris.	Pacienti z diagnozo srčno popuščanje in / ali samo angina pectoris.
Vsebina	Raziskave, ki so opisovale / ocenjevale spremembe v vedenju in življenjskem slogu posameznika po prejeti ZV.	Raziskave, ki se nanašajo na znanje in življenje pacientov z angino pectoris in srčnim popuščanjem.
Dostopnost	Prosto dostopni v celoti.	Prosto dostopen samo izvleček.
Leto objave	2007–2018	Starejši od 10 let.
Publikacija	Izvirni in pregledni znanstveni članki, strokovni članki, knjige.	Neobjavljeni materiali, poročila, projektna dokumentacija.
Jezik	Slovenski, angleški, hrvaški.	Drugi jeziki.

Iskanje izvirnih in preglednih znanstvenih ter strokovnih člankov nam je ponudilo velik izbor zadetkov. S prebiranjem in upoštevanjem vključitvenih in izključitvenih kriterijev, ki so navedeni v Tabeli 1, smo prišli do končnega števila zadetkov, kar je razvidno na Sliki 1. Za izdelavo prikaza rezultatov pregleda literature smo uporabili PRISMA sistem, kar nam je omogočilo sistematičen pregled literature.



Slika 1: PRISMA diagram poteka raziskave skozi faze sistematičnega pregleda literature.

4 REZULTATI

Po pregledu aktualnih izvirnih in preglednih znanstvenih ter strokovnih člankov smo preverjali vpliv in uspešnost ZV na spremembo življenjskega sloga pri pacientih po AMI. Zanimale so nas tudi vsebina in metode, ki so jih zdravstveni delavci uporabili v procesu ZV. Rezultati so predstavljeni v obliki tabele, kasneje pa po kategorijah v obliki zapisa. Članke smo po analizi razporedili po skupnih ugotovitvah različnih avtorjev, o vplivu ZV na spremembo življenjskega sloga po prebolelem AMI. V končno analizo je bilo vključenih 9 člankov.

Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav.

Avtor in leto izdaje	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Zbiranje in analiza podatkov	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve/vpliv zdravstvene vzgoje
Hansen, Maindal, 2014	Ugotoviti, ali je srčna rehabilitacija, ki jo vodi MS, učinkovita glede zmanjšanja dejavnikov tveganja pri AMI in izboljšanju psihičnega počutja pacienta.	Kvantitativna raziskava, enoletna longitudinalna raziskava.	Pacienti so sodelovali v 16-tedenskem rehabilitacijskem programu (GoHeart program), katerega vodja je bila MS. Velik poudarek je bil na ZV, v programu so sodelovali tudi ostali zdravstveni delavci (fizioterapevt, dietetik, splošni zdravnik, psiholog).	183 pacientov po AMI/angini pectoris.	Celokupni holesterol se je po enem letu zmanjšal pri 96 % sodelujočih v raziskavi. Za 3 % se je zmanjšalo število kadičev. Anksioznost se je po prejeti ZV zmanjšala za polovico. Učinki programa so se pokazali na boljšem fizičnem in psihičnem stanju posameznika. Uporaba proaktivne podpore v vseh sektorjih z vodjo MS se je izkazala za učinkovito. Udeleženci programa so imeli visoko stopnjo samooskrbe, zavedali so se zdravstvenega stanja, poznali so dejavnike tveganja in ukrepe, kako jih zmanjševati.
Broadbent et al., 2009	Ugotoviti čas vrnitve v službo. Primerjava med obema skupinama (kontrolno in intervencijsko) po prejeti ZV v času rehabilitacije.	Kvantitativna raziskava.	Trajanje raziskave: 6 mesecev. Pacienti v kontrolni skupini so prejeli standardno ZV (pogovor z MS, zloženko in povabilo v ambulantno rehabilitacijo). Pacienti v intervencijski skupini pa so prejeli ZV s strani psihologa in je bila obsežnejša; 4 srečanja po pol ure. Na enem srečanju je bil prisoten tudi partner obolelega.	103 pacienti z AMI, mlajši od 70 let, v bolnišnici.	Dojemanje in razumevanje zdravstvenega stanja pri pacientih v interventni skupini je bilo višje. Več informacij iz bolnišnice so si zapomnili in jih tudi razumeli kot pacienti kontrolne skupine. Na delo so se prej vrnili pacienti iz intervencijske skupine, s polnim delovnim časom in v povprečju tri mesece prej.

Legenda: ZV = zdravstvena vzgoja, MS = medicinska sestra, AMI = akutni miokardni infarkt

Se nadaljuje.

Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav (nadaljevanje).

Avtor in leto izdaje	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Zbiranje in analiza podatkov	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve/vpliv zdravstvene vzgoje
Boyde et al., 2015	Ugotoviti, kakšno je znanje pacientov o AMI, dejavnih tveganja, stališčih in prepričanjih, ob sprejemu in 10 tednov po odpustu iz bolnišnice.	Kvalitativna raziskava.	ZV je bila podana med hospitalizacijo (povprečno je trajala 3 dni). Paciente so spremljali še 10 tednov po dogodku. Pacienti so dobili ustne informacije od oddelčne medicinske sestre in ostalih zdravstvenih delavcev v bolniški sobi. Prejeli so tudi pisne informacije in zloženko. Ni podatka, koliko časa je trajala ZV.	114 pacientov z diagnozo AMI, povprečna starost 63 let.	Pri sprejemu je 80% pacientov potrdilo udeležbo za srčno rehabilitacijo, po 10 tednih se je rehabilitacije udeležilo 30 % pacientov. Pacienti so se po 10 tednih prehranjevali bolj zdravo, prenehali so s kajenjem. Izvajalci ZV so dajali večji poudarek izvajanju kakovostne ZV kot številu informacij in vsebini. ZV med hospitalizacijo so zdravstveni delavci ocenili kot zapleteno, zaradi (pre)malo časa in nepoznavanja pacientovih potreb po informacijah (zdravstveni delavci prilagodijo vsebino svojemu mišljenju, ne potrebam pacienta). Zadostnega znanja ob odpustu ni imela več kot tretjina pacientov v raziskavi. Trenutna praksa ZV ne zadovolji potreb pacientov z AMI.
Nunes et al., 2016	Ugotoviti dejavnike tveganja pri pacientih in njihovo mnenje o izvedbi ZV ter spremembah v življenjskem slogu po 6 mesecih od dogodka.	Kvalitativna metoda z intervjuji.	Prvi intervju je bil izveden ob koncu hospitalizacije, drugi 6 mesecev po odpustu. Ni podatka, na kakšen način je bila izvedena ZV.	106 pacientov z diagnozo AMI.	Najbolj razširjeni dejavniki tveganja pri pacientih so bili kajenje, dislipidemija in hipertenzija. 97 % udeležencev raziskave je bilo mnenja, da je ZV med hospitalizacijo zadovoljila njihova pričakovanja. 21 % pacientov je menilo, da so informacije dane v procesu ZV pomanjkljive, predvsem glede zdrave prehrane, rekreacije in jemanja zdravil.

Se nadaljuje.

Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav (nadaljevanje).

Avtor in leto izdaje	Namenski raziskave	Raziskovalni dizajn	Zbiranje in analiza podatkov	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve/vpliv zdravstvene vzgoje
Giallauria et al., 2009	<p>Ugotoviti učinek dveh različnih pristopov ZV procesa v kontrolni in intervencijski skupini.</p> <p>Primerjati rezultate med kontrolno in interventno skupino po končani rehabilitaciji.</p> <p>Ugotoviti učinek 2-letne celovite srčne rehabilitacije na rezultate pri pacientih.</p>	Kvantitativna raziskava; prospektivna randomizirana raziskava.	<p>Obe skupini sta sodelovali v 3-mesečni rehabilitaciji, kjer so imeli pacienti 3-krat tedensko konzultacije s kardiologom, z MS s specialnimi znanji in s fizioterapevtom. Vsi pacienti so tekom 3-mesečne rehabilitacije prejeli zloženko s pisnimi navodili glede telesne dejavnosti, prehrane in prenehanja kajenja.</p> <p>Pacientne interventne skupine je po treh mesecih 1-krat mesečno, dve leti, na domu obiskovala MS s specialnimi znanji, kjer so bili v proces ZV vključeni tudi svojci. Rehabilitacijski tim interventne skupine sta sestavljala še dietetik in psiholog.</p> <p>Kontrolna skupina je imela po 3 mesecih rehabilitacije konzultacije z MS samo še po 12 in 24 mesecih.</p>	52 pacientov z AMI (26 pacientov v kontrolni skupini in 26 v intervencijski).	Po 3-mesečni ambulantni rehabilitaciji so opazili znatno izboljšanje telesne zmogljivosti, pri obeh skupinah. Pacienti interventne skupine so po 24-mesečnem spremljanju dosegli boljše rezultate. Imeli so povečano kardiopulmonarno funkcijo, živeli bolj zdrav življenjski slog, zmanjšane so imeli dejavnike tveganja za AMI. Celovita srčna rehabilitacija, ki traja 2 leti v multidisciplinarnem timu, je zmanjšala kardiovaskularne dogodke in dejavnike tveganja ter izboljšala funkcionalnost srca. Izkazala se je kot zelo uspešna pri spremembah v življenjskem slogu pacienta z AMI.

Se nadaljuje.

Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav (nadaljevanje).

Avtor in leto izdaje	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Zbiranje in analiza podatkov	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve/vpliv zdravstvene vzgoje
Harbman, 2014	<p>Oceniti učinek ZV, ki je bila podana s strani MS med hospitalizacijo.</p> <p>Primerjati rezultate med intervencijsko in kontrolno skupino, po rehabilitaciji.</p>	Kvantitativna raziskava; kohortna prospektivna raziskava.	<p>Zbiranje podatkov je potekalo pred odpustom v bolnišnici in po 3 mesecih od dogodka. Tekom hospitalizacije so vsi pacienti sodelovali v procesu ZV, s strani MS in kardiologa v bolniški sobi. Pred odpustom so se udeležili ZV, ki je potekala skupinsko, s strani MS.</p> <p>Kontrolna skupina je prejela standardno ZV, v kateri so sodelovali kardiolog, MS, psiholog in fizioterapevt.</p> <p>Interventna skupina: s pacientom je sodelovala MS s specialnimi znanji. Pred odpustom je izvajala ZV in svetovala pacientu. Po 1 tednu od odpusta je imela s pacientom telefonski pogovor. 2. in 6. teden sta se srečala v bolnišnici na svetovanju. MS je v povprečju za posameznika, v sklopu sekundarne preventive, porabila 4 ure.</p>	65 pacientov z AMI; 33 pacientov v kontrolni skupini, 32 v interventni.	ZV s strani MS s specialnimi znanji je povečala doseg ciljev, ki sta jih s pacientom načrtovala. Izboljšal se je krvni tlak, telesna dejavnost, povečala se je prisotnost posameznikov v programih rehabilitacije. Zmanjšalo se je število kadičev. Pacienti so bili bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga, in s tem zmanjševanja dejavnikov tveganja. Rezultati raziskave so pokazali na boljše rezultate pri skupini, ki je prejela ZV s strani MS s specialnimi znanji, kot pri skupini s standardno izvedeno ZV.

Se nadaljuje.

Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav (nadaljevanje).

Avtor in leto izdaje	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Zbiranje in analiza podatkov	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve/vpliv zdravstvene vzgoje
Vardanjani et al., 2013	Primerjati pokazatelje srčnega zdravja (kajenje, holesterol, telesna teža, krvni tlak) pri pacientih z AMI, pred in po prejeti ZV. Primerjati rezultate pred odpustom iz bolnišnice ter po 4 mesecih, med kontrolno in interventno skupino.	Kvantitativna raziskava.	<p>Raziskava je trajala 4 mesece. Zbiranje podatkov je potekalo z anketnim vprašalnikom. Prvega so pacienti izpolnili v bolnišnici pred odpustom, drugega po 4 mesecih. Pacienti v obeh skupinah so pred odpustom s strani MS seznanjeni o dejavnikih tveganja, znakih in simptomih AMI, jemanju zdravil ter pomembnosti spremembe življenjskega sloga (prenehanje kajenja, zdrava prehrana, telesna dejavnost, preprečevanje anksioznosti). Vsi so prejeli zloženko z nasveti.</p> <p>Kontrolna skupina je prejela standardno ZV; ni podatka, na kakšen način je bil izvedena.</p> <p>Interventna skupina: individualna ZV v bolniški sobi, ki je trajala približno 20 minut. Nadaljevali so s skupinsko obliko ZV (2–5 pacientov). Pacientom je bila po odpustu na voljo pomoč prek telefona.</p>	112 pacientov, prvič obolelih z AMI; 50 pacientov v kontrolni skupini, 62 v interventni.	Raziskava je dokazala pomembnost ZV po AMI. Že s standardno ZV (kontrolna skupina) so bila dosežena izboljšanja pri zmanjševanju dejavnikov tveganja in vedenjske spremembe pri posamezniku, ki so koristne v sekundarni preventivi in kakovosti življenja posameznika. Po 4 mesecih je interventna skupina dosegla boljše rezultate kot kontrolna. Pri kontrolni so bile prav tako opažene nekatere spremembe v življenjskem slogu. Po koncu ZV so imeli udeleženci interventne skupine urejen krvni tlak, število kadilcev se je zmanjšalo iz 48 % na 11 %. Bili so bolj telesno dejavni, anksioznost je bila zmanjšana.

Se nadaljuje.

Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav (nadaljevanje).

Avtor in leto izdaje	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Zbiranje in analiza podatkov	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve/vpliv zdravstvene vzgoje
Eshah, 2013	Ugotoviti učinkovitost ZV med hospitalizacijo, pri pacientih z AMI in angino pectoris.	Kvantitativna raziskava. Kvazi eksperimentalna pred- in potestna raziskava.	<p>Raziskava je trajala 4 tedne. Zbiranje podatkov je potekalo pred odpustom iz bolnišnice; se pravi po prejeti ZV.</p> <p>Kontrolna skupina je prejela standardno ZV. Ni podatka, na kakšen način je bila ta izvedena. Prejeli naj bi jo pacienti od kardiologa ali MS, pred odpustom. Pacienti so prejeli tudi zloženke.</p> <p>Interventna skupina je prejela ZV po modelu Health belief model (model zdravstvenih prepričanj). ZV je trajala približno 1 uro pri vsakem pacientu, v bolniški sobi. Izvajalka ZV je bila MS. Vsebinsko in čas se prilagodi posamezniku.</p>	104 pacienti; 51 % pacientov z diagnozo AMI, 49 % nestabilna angina pectoris.	ZV izvedena med hospitalizacijo pomaga paciente motivirati za spremembo življenjskega sloga. S pomočjo modela zdravstvenih prepričanj so bili interventni skupini predstavljeni dejavniki tveganja za nastanek AMI, simptomi in znaki AMI, pomembnost zdrave prehrane, telesne dejavnosti, opustitev kajenja, pomen dobrih medsebojnih odnosov in obvladovanje stresa. ZV s strani MS s pomočjo modela zdravstvenih prepričanj se je izkazala za učinkovito. Pacienti interventne skupine so imeli znatna izboljšanja pri odgovornosti za svoje zdravje, prehrani in prenehanju kajenja. MS morajo biti strokovnjakinje na področju ZV. Zavedati se morajo pomembnosti ZV, ki jo izvajajo vsakodnevno in kontinuirano.

Se nadaljuje.

Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav (nadaljevanje).

Avtor in leto izdaje	Namen raziskave	Raziskovalni dizajn	Zbiranje in analiza podatkov	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve/vpliv zdravstvene vzgoje
Uysal, Ozcan, 2015	Ugotoviti učinek individualne ZV pri pacientih, ki so prvič oboleli za AMI, in učinek aktivne vključenosti pacienta v proces zdravljenja.	Kvantitativna raziskava.	<p>Sledenje pacientom je trajalo od sprejema v bolnišnico do konca treh mesecev od dogodka. Vprašalnike so izpolnili vsi pacienti med hospitalizacijo in po treh mesecih od dogodka. Način poučevanja je bil prilagojen vsakemu posamezniku. ZV je trajala približno eno uro pri vsakem pacientu v bolniški sobi (kontrolna in interventna skupina). Vključevala je informacije in znanja o AMI, zdravlilih, obvladovanju stresa, kajenju, kontrolah krvnega tlaka in nivoja glukoze v krvi, telesni dejavnosti, zdravi prehrani in kontroli telesne teže. Vsi pacienti so prejeli tudi pisna navodila (zloženke). Prav tako so vsi pacienti po treh mesecih opravili 6-minutni test hoje.</p> <p>Po prvem in drugem mesecu, po dogodku, je interventna skupina imela možnost prejemanja nasvetov in odgovorov na morebitna vprašanja preko telefona.</p>	90 pacientov prvič obolelih za AMI; 45 pacientov v kontrolni skupini, 45 pacientov v interventni skupini.	Pacienti v interventni skupini so na testu hoje (6-minutni test) opravili daljše razdalje kot pacienti kontrolne skupine. Prav tako se jim je zmanjšal obseg pasu. Z ZV, s katero so pričeli že pred odpustom, so zmanjšali fiziološke in psihološke težave, povečala se je telesna zmogljivost pacientov ter kakovost njihovega življenja. Ugotovili so, da mora biti ZV načrtovana glede na potrebe posameznika. Pacienti se morajo naučiti opazovati in spremljati svoje telo (self monitoring). V ZV naj bo vključeno še telefonsko spremljanje pacienta.

4.1 Prednosti in pozitivni učinki zdravstvene vzgoje na spremembe v življenjskem slogu pri pacientu z akutnim miokardnim infarktom

Že kratkotrajna zdravstvenovzgojna dejavnost pacientu koristi. Predvsem mu daje motivacijo, pacient pa začne razmišljati o svojem zdravstvenem stanju, o vključitvah v rehabilitacijske programe in spremembah v življenjskem slogu (Vardanjani et al., 2013).

Avtorji so v raziskavah ocenjevali učinkovitost ZV med hospitalizacijo pri pacientih, ki so prvič oboleli za AMI. Zanimalo jih je, na katere dejavnike tveganja ima ZV vpliv, kakšne spremembe v določenem času pacienti uvedejo v svoj življenjski slog, kako se kažejo rezultati na fizičnem in psihičnem počutju pacientov. Največji učinek dosežen z ZV in vključitvijo pacientov v rehabilitacijo se je kazal na prenehanju kajenja, boljšem psihičnem počutju, večji telesni dejavnosti, zdravi prehrani, pacienti so imeli zmanjšan krvni tlak, telesno težo in znižan celokupni holesterol (Uysal, Ozcan, 2015; Boyde et al., 2015; Harbman, 2014; Vardanjani et al., 2013; Eshah, 2013; Broadbent et al., 2009).

V šestih kvantitativnih raziskavah so avtorji primerjali rezultate med kontrolnimi in interventnimi skupinami. Ugotovili so, da so pacienti v kontrolnih skupinah dobili manj informacij kot pacienti, ki so bili v interventnih skupinah. Boljše rezultate so dosegali pacienti v interventnih skupinah. ZV je trajala dlje časa, z več informacijami. Vsi pacienti v raziskavah so dobili informacije o AMI, informacije za odpravo/zmanjšanje dejavnikov tveganja in spremembo življenjskega sloga, seznanili so jih z nadaljnjo rehabilitacijo (Uysal, Ozcan, 2015; Harbman, 2014; Vardanjani et al., 2013; Eshah, 2013; Broadbent et al., 2009; Giallauria, 2009).

Večje prednosti in učinke na rezultate ima torej dolgotrajnejša ZV, ki je vnaprej načrtovana, kjer sodelujejo poleg medicinske sestre tudi ostali zdravstveni delavci, pomoč in svetovanje poteka po telefonu oziroma so nudena svetovanja tudi v domačem okolju (na pacientovem domu) (Giallauria et al., 2009).

Eshah (2013) je potrdil ugotovitve raziskav (Hacihasanoglu, Gözümlü, 2011; Aldanal et al., 2008) o pomembnosti in učinkovitosti ZV že med hospitalizacijo. Ugotovili so, da z ZV

dosežemo boljšo zdravstveno pismenost. To pomeni, da pacienti poznajo AMI in dejavnike tveganja, na katere lahko vplivajo s spremembo življenjskega sloga, jih zmanjšajo ali odpravijo. Znajo poiskati pomoč in so odgovorni za svoje zdravje.

4.2 Načini izvedbe zdravstvene vzgoje

V raziskavah je prevladovala individualna učna oblika dela (Uysal, Ozcan, 2015; Hansen, Maindal, 2014; Harbman, 2014; Eshah, 2013; Vardanjani et al., 2013; Giallauria et al., 2009; Broadbent et al., 2009). V vseh raziskavah je ZV potekala s pomočjo frontalne oblike dela, vodja zdravstvenovzgojnega procesa je bila medicinska sestra. Prav tako so v vseh navedenih raziskavah v procesu ZV sodelovali ostali zdravstveni delavci (kardiolog, fizioterapevt, psiholog in/ali dietetik). Skupinska oblika dela je potekala v raziskavah Harbman (2014) in Vardanjani in sodelavci (2013). Število udeležencev je bilo od dva do pet pacientov. V raziskavah avtorjev Uysal in Ozcan (2015), Boyde in sodelavci (2015), Eshah (2013), Vardanjani in sodelavci (2013), Giallauria in sodelavci (2009) ter Broadbent in sodelavci (2009) so vsi pacienti v procesu ZV dobili zloženko in / ali pisna navodila.

Nekaterim pacientom v interventnih skupinah je bilo omogočeno poučevanje skupaj s partnerjem (Broadbent et al., 2009) in s svojci na domu, s strani medicinske sestre (Giallauria, 2009). V interventnih skupinah je bilo nudeno telefonsko spremljanje in pomoč pacientom (Uysal, Ozcan, 2014; Vardanjani et al., 2013; Harbman, 2014).

V dveh raziskavah ni bilo podatka, na kakšen način je bila izvedena ZV (Nunes et al., 2016; Boyde et al., 2015). V teh dveh raziskavah je avtorje zanimalo mnenje pacientov o prejeti ZV in do katerih sprememb v življenjskem slogu je prišlo pri pacientih po šestih mesecih (Nunes et al., 2016) oziroma po desetih tednih (Boyde et al., 2015). Pacienti, kjer ZV ni bila načrtovana, niso prejeli dovolj informacij in znanja, saj je imela po odpustu več kot tretjina pacientov pomanjkljivo znanje (Boyde et al., 2015). 21 % pacientov je ocenilo ZV med hospitalizacijo kot zapleteno in pomanjkljivo (Nunes et al., 2016). ZV naj bi bila individualna in prilagojena posamezniku. Pacienta mora medicinska sestra obravnavati holistično. Pomembno je, da se med pacientom in medicinsko sestro vzpostavi partnerski odnos, ki temelji na zaupanju in spoštovanju. Pacient se vključi v zdravljenje, s tem postane bolj motiviran in prevzame aktivno vlogo v procesu zdravljenja. Pacient mora po

ustnih informacijah prejeti tudi pisna navodila (npr. zloženke), v proces ZV moramo vključiti tudi svoje (Nunes et al., 2016).

4.3 Značilnosti vključenih raziskav

V analizo je bilo vključenih 7 kvantitativnih raziskav (Uysal, Ozcan,2015; Hansen, Maindal, 2014; Harbman, 2014; Eshah,2013; Vardanjani et al., 2013; Giallauria et al., 2009; Broadbent et al., 2009) in 2 kvalitativni raziskavi (Nunes et al., 2016; Boyde et al., 2014).

Raziskave so se razlikovale po številu udeležencev, starosti in trajanju. V njih so prevladovali moški. V vseh raziskavah so sodelovali pacienti z AMI. Pri dveh (Hansen, Maindal, 2014; Eshah, 2013) pa so bili vključeni tudi pacienti z angino pektoris. Vsi pacienti so bili starejši od 18 let. V 7 raziskavah starost pacientov ni presegala 75 let, medtem ko so bili v raziskavi Uysal in Ozcan (2013) udeleženci starejši od 70 let. Število udeležencev v raziskavah je bilo 52–183 (Nunes et al., 2016; Hansen, Maindal, 2014; Boyde et al., 2014; Harbman, 2014; Uysal, Ozcan, 2013; Eshah, 2013; Vardanjani et al., 2013; Giallauria et al., 2009; Broadbent et al., 2009). ZV ter rehabilitacija je trajala najdlje 2 leti (Giallauria et al., 2009). Najkrajše je bilo 4-tedensko spremljanje in izvajanje zdravstvenovzgojne dejavnosti v raziskavi Eshah (2013). Značilnosti vključenih raziskav so predstavljene v Tabeli 3.

Tabela 3: Značilnosti vključenih raziskav.

Raziskava (avtor / -ji)	Starost	Število udeležencev	Trajanje ZV in rehabilitacije
Hansen, Maindal, 2014	povprečno 64 let	183 pacientov	12 mesecev
Broadbent et al., 2009	< 70 let	103 pacienti	6 mesecev
Boyde et al., 2014	povprečno 63 let	114 pacientov	10 tednov
Nunes et al., 2016	35–64 let	106 pacientov	6 mesecev
Giallauria et al., 2009	< 75 let	52 pacientov	24 mesecev
Harbman, 2014	nad 18 let	65 pacientov I: 32 K: 33	3 mesece
Vardanjani et al., 2013	povprečno 55 let	112 pacientov I: 62 K: 50	4 mesece
Eshah, 2013	povprečno 48 let	104 pacienti I: 52 K: 52	4 tedne
Uysal, Ozcan, 2013	> 70 let	90 pacientov I: 45 K: 45	3 mesece

Legenda: ZV = Zdravstvena vzgoja, I = interventna skupina, K = kontrolna skupina

5 RAZPRAVA

Kljub znatnemu upadu v zadnjih desetletjih ostajajo srčno-žilne bolezni najpogostejši vzrok smrti v Sloveniji, v letu 2015 so predstavljale 40 % vseh smrti (NIJZ, 2015). V to skupino bolezni spada AMI, ki je akutno obolenje in se kaže tako na fizičnih, psihičnih in socialnih omejitvah obolelega. Do bolezni pride zaradi neurejenih dejavnikov tveganja. Večino jih lahko preprečimo z zdravim načinom življenja (Vardanjan et al., 2013).

Da pacienti začnejo s spremembami v življenjskem slogu, je pomembna ZV med hospitalizacijo in kasneje v času vseživljenjske rehabilitacije. Ključne izvajalke ZV so medicinske sestre, ki imajo pomembno vlogo pri vključevanju pacientov v zdravljenje in rehabilitacijo (Nunes et al., 2016).

Medicinska sestra med hospitalizacijo pacientu nudi največ psihične opore in znanja. Z njim je večino časa, vsak trenutek pa naj pri pacientu zapolni z zdravstvenovzgojnim delom. ZV ocenjujejo kot najpomembnejše sredstvo v zdravstveni negi (Nunes et al., 2016; Svavarsdóttir et al., 2015; Eshah, 2013). Strokovnjakinja na področju ZV je medicinska sestra, ki pristopa do pacienta holistično (pacienta obravnava kot bio-psiho-socio-kulturno bitje). ZV nudi individualno (Nunes et al., 2016; Svavarsdóttir et al., 2015), sproti prilagaja učni načrt in cilje pacienta glede na njegove potrebe. Poznati mora andragoško-didaktične pristope in imeti težnjo po vseživljenjskem učenju in pridobivanju novega znanja (Svavarsdóttir et al., 2015).

Statistični podatki, pa tudi klinična praksa, kažejo na to, da je pacient najbolj zdravstvenovzgojno motiviran, ko je bolezen v akutni fazi. Takrat ga moramo spodbuditi k razmišljanju o spremembi življenjskega sloga v kar največji možni meri. Vsak trenutek s pacientom moramo izkoristiti za zdravstvenovzgojno delo, tudi med negovalnimi intervencijami (npr. odvzem krvi) (Ocepek, Zobavnik, 2008).

Boljši rezultati in večje spremembe v življenjskem slogu so vidne v raziskavah, ki so trajale dlje časa, z dolgotrajnejšo rehabilitacijo ali ZV (Giallauria, 2009) in v tistih raziskavah, kjer so bili uporabljeni rehabilitacijski programi (Hansen, Maindal, 2014; Eshah, 2013). Chen in sodelavci (2015) ter Booth in sodelavci (2014) pripisujejo zdravstvenovzgojnemu delu v sekundarni preventivi pri pacientih višjo raven znanja glede

poznavanja dejavnikov tveganja ter simptomov in znakov AMI. Pacienti, ki upoštevajo vsaj tri dejavnike tveganja, ki vplivajo na zdrav življenjski slog (prenehanje kajenja, telesna dejavnost, zdrava prehrana), imajo 62 % manj možnosti za ponovitev bolezni oz. smrt (Booth et al., 2014).

Pomembno je, da so ZV vsebine predstavljene ustno. Pacienti pa morajo dobiti tudi različne zloženke, brošure, knjižice oziroma pisna navodila.

Ugotavljamo, da pacientu ZV po dogodku, kot je AMI, koristi. Že kratkotrajen ZV proces pacienta spodbudi k razmišljanju in ga motivira za spremembe. Medicinske sestre spodbujamo pacienta, da naredi spremembo v življenjskem slogu in jo do konca življenja tudi vzdržuje.

Glede vpliva ZV na spremembe v življenjskem slogu smo ugotovili izboljšanja pri vseh pacientih, ki so prejeli ZV, ne glede na trajanje in izvajanje ZV. Prve spremembe so se pokazale v povečani telesni dejavnosti in prenehanju kajenja pacientov (Nunes et al., 2016; Harbman, 2014; Hansen, Maindal, 2014; Eshah, 2013; Vardanjani et al., 2013). Pacienti v interventnih skupinah so dosegali boljše rezultate kot tisti v kontrolnih skupinah s standardno sekundarno preventivo. Po končani ZV so imeli več znanja, psihično in fizično počutje je bilo boljše, v življenjski slog so začeli uvajati več sprememb (Harbman, 2014; Vardanjani et al., 2013; Uysal, Ozcan, 2013; Eshah, 2013).

V slovenskem prostoru je rehabilitacija vseživljenjski proces. Začne se takoj po nenadnem dogodku (bolnišnična faza), nato poteka v programih vodene in strukturirane rehabilitacije, ki poteka ambulantno ali zdraviliško. Doživljenjsko se rehabilitacija nadaljuje v domačem okolju in včlanitvi v koronarne klube / društva ali udeležitvijo v različne programe, ki jih izvajajo Centri za krepitev zdravja. Rehabilitacijski programi pacientov z AMI danes ponujajo celostno rehabilitacijo, ki ne vključuje le telesne vadbe pač pa tudi izobraževanje in oceno pacientove ogroženosti. Pacientom nudijo tudi duševno in socialno podporo (Jug, Keber, 2008).

Podobnik in sodelavci (2008) ugotavljajo da, je II. faza rehabilitacije (ambulantna ali zdraviliška) prekratka, saj v večini primerov obsega 14–21 dni. V Sloveniji imamo premalo rehabilitacijskih centrov, ki bi paciente aktivno vključevali v program II. faze rehabilitacije, ki naj bi obsegala vsaj 3 mesece.

Ugotavljamo, da je za nadaljnje življenje in dodatno motivacijo pacienta za vzdrževanje sprememb v življenjskem slogu potreben dobro zastavljen zdravstvenovzgojni program ali dolgotrajnejša rehabilitacija (vsaj 3 mesece), ki temelji na individualnih potrebah vsakega posameznika. Pomembno je, da so v rehabilitacijo vključeni tudi svojci pacienta. Pacienti se lahko po odpustu vključijo v ZV delavnice, ki potekajo v nekaterih zdravstvenih domovih s strani Centra za krepitev zdravja. Vključijo se lahko v ZV delavnice Gibam se (trajanje 14 tednov), Prehrana (trajanje 5 tednov), Hujšanje (trajanje 16 tednov) in nekatere druge, kjer informacije, ki so jih prejeli med hospitalizacijo, še dopolnijo in obnovijo. Navade znotraj družine so po navadi enake, torej so vsi člani najverjetneje izpostavljeni enakim dejavnikom tveganja. Bolezen lahko doleti tudi njih, zato je še toliko pomembnejše, da se tudi sami aktivno vključijo v spremembo življenjskega sloga.

V nekaterih raziskavah (Harbman, 2014; Eshah, 2013; Vardanjani et al., 2013), ki smo jih analizirali, smo ugotovili pomanjkanje informacij, kaj je standardna ZV. Pomembno je namreč, da raziskovalci, ki med sabo primerjajo rezultate ZV pacientov, ki so prejeli različno ZV v kontrolni in interventni skupini, bolj dosledno opišejo proces ZV v obeh skupinah. Pri iskanju literature smo našli tudi članke, ki so nas pritegnili, a je bil dostopen samo izveček. Dostop do celotnega članka pa je bil plačljiv, zato jih nismo vključili v analizo.

6 ZAKLJUČEK

Medicinska sestra je enakovredna članica rehabilitacijskega tima. Odgovorna je za zdravstveno nego in ZV. Sekundarna preventiva z ZV je nepogrešljiv del rehabilitacije pacienta z diagnozo AMI. Glavni nalogi ZV sta pacienta motivirati za spremembe v življenjskem slogu in ga naučiti, kako naj spremeni dejavnike tveganja. Pacientu moramo nuditi informacije, da pridobi ustrezno znanje. S spremembo življenjskega sloga pacient zmanjša vpliv dejavnikov tveganja za ponovno obolenje, prav tako se izboljša kakovost življenja.

Menimo, da bi v slovenskem prostoru ZV lahko še izboljšali. Z več kot tritedensko ambulantno dejavnostjo in z vključevanjem medicinskih sester s specialnimi znanji, ki bi že v bolnišnici skrbele, da bi vsi pacienti dobili ustrezno ZV, s katero bi vplivale na spremembo življenjskega sloga pacientov po AMI.

Raziskave so pokazale, da mora biti ZV načrtovana in prilagojena posamezniku. Podana naj bo ustno s pomočjo metode razlage, pogovora, pripovedovanja, spodbujanja, prepričevanja, demonstracije in metode praktičnih del. Pomembno je, da se uporabi individualen pristop, ki omogoča prilagajanje pacientovemu predznanju in njegovim izkušnjam. Pred odpustom iz bolnišnice pa je potrebno v proces ZV vključiti tudi njegove svojce ali prijatelje. V ZV naj bodo vključeni tudi ostali zdravstveni delavci (kardiolog, fizioterapevt, dietetik, psiholog). Nadalje je pomembno, da si za izvajanje ZV medicinska sestra in ostali izvajalci vzamejo dovolj časa, izberejo primerne vsebine, primeren prostor in uporabijo primerne učne pripomočke. Vsebina mora biti podana pacientu na njemu razumljiv način, takrat, ko je ta motiviran za učenje.

Glavni cilj ZV je, da pacientom poleg posredovanja znanja in veščin, ki jih potrebuje za ohranjanje in krepitev zdravega življenjskega sloga, medicinska sestra omogoči tudi pisno gradivo, kot so zloženke, brošure in razne knjižice. Pacienti naj dobijo tudi ustno in pisno gradivo z informacijami o vseživljenjski rehabilitaciji. Spremembe, ki jih pacienti uvedejo po dogodku, kot je AMI, morajo vzdrževati vse življenje.

7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

Aldanal G, Greenlaw L, Diehl A, Merrill M, Salberg A, Englert H (2008). A video-based lifestyle intervention and changes in coronary risk. *Health Educ Res* 23(8): 115–24.

Bergheanu SC, Bodde MC, Jukema JW (2017). Pathophysiology and treatment of atherosclerosis. *Neth Heart J* 17(25): 231–45.

Booth J, Levitan EB, Brown MT, Farkouh ME, Safford M, Muntner P (2014). Effect of sustaining lifestyle modifications (non smoking, weight reduction, physical activity, and mediterranean diet) after healing of myocardial infarction, percutaneous intervention, or coronary by pass (from the reasons for geographic and racial differences in stroke study). *Am J Cardiol* 3(33): 1933–40.

Boyde M, Grenfell K, Cert G et al. (2015). What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction?. *Aust Crit Care* 28(3): 134–9.

Broadbent E, Ellis C, Thomas J, Gamble G, Petrie K (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 67(1): 17–23.

Bucholz E, Rathore S, Reid K et al. (2012). Body mass index and mortality in acute myocardial infarction patients. *Am J Med* 18(1): 796–803.

Chen H, Liu C, Chen H, Shia B, Chen M, Chung C (2015). Efficiency of rehabilitation after acute myocardial infarction. *Kaohsiung J Med Sci* 31(1): 351–7.

Cevc M (2015). Ocena ogroženosti in sekundarna/terciarna preventiva. In: 10. posvet o kronični bolezni srca. *Kardiologija 21. stoletja – celovit pristop k zdravljenju kronične koronarne bolezni*, Novo mesto, 11. april 2015. Novo mesto: Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini, 10–3.

De Smedt S, Bacquer D, Sutter J et al. (2016). The gender gap in risk factor control: Effects of age and education on the control of cardiovascular risk factors in male and

female coronary patients. The EUROASPIRE IV study by the European Society of Cardiology. *Int J Cardiol* 15(209): 284–90.

Eshah NF (2013). Predischarge education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. *Nurs Health Sci* 15(1): 273–9.

Fras Z, Maučec Zakotnik J, Govc Eržen J, Vrbovšek S, Leskošek B (2012). Srčno-žilna preventiva v Sloveniji – zgodba o uspehu in/ali kako smo lahko še boljši. In: Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja 2012, zbornik prispevkov, Ljubljana, junij 2012. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije – Slovenska hiša srca, 10–29.

Giallauria F, Lucci R, D'Agostino et al. (2009). Two-year multicomprensive secondary prevention program: favorable effects on cardiovascular functional capacity and coronary risk profile after acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Med* 10(10): 772–80.

Gorup A (2012). Koronarni klub Ljubljana – izvajalec programa vseživljenjske rehabilitacije koronarnih bolnikov (VRKB). In: Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja 2012, zbornik prispevkov, Združenje kardiologov Slovenije, delovna skupina za preventivo bolezni srca in žilja, Ljubljana, junij 2012. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije – Slovenska hiša srca, 77–80.

Govekar-Okoliš M, Ličen N (2008). Poglavlja iz andragogike. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, 13–5.

Gričar M (2008). Diagnostika in zdravljenje bolnika z akutnim miokardnim infarktom. In: Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno-žilnih bolnikov, zbornik predavanj XXII. strokovnega srečanja Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Bled, 14. november 2008. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, 9–15.

Gričar M (2009). Miokardni infarkt. Prva zdravstvena asistenca, storitveno podjetje, d.o.o. Ljubljana: Delo d.d. Dostopno na: <http://pza.si/Clanek/Miokardni-infarkt.aspx> <11.10.2017>.

Hacihanoglu R, Gözüm S (2011) The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *J Clin Nurs* 20(11): 692–705.

Hansen V, Maindal T (2014). Cardiac rehabilitation with a nurse case manager (GoHeart) across local and regional health authorities improves risk factors, self-care and psychosocial outcomes. A one-year follow-up study. *JRSM Cardiovascular Disease* 12(1): 1–11.

Harbman P (2014). The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud* 51(14): 1542–56.

Hoyer S (2005). *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

Ibanez B, James S, Agewall S et al. (2017). 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 39(1): 119–77.

Ivanuša M (2015). Sekundarna prevencija nakon akutnog infarkta miokarda: važnost kardiovaskularne rehabilitacije i farmakološkog liječenja. *MEDICUS* 24(2): 127–31.

Jug B, Keber I (2008). Ambulantna rehabilitacija srčnih bolnikov. In: *Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno-žilnih bolnikov, zbornik predavanj XXII. strokovnega srečanja Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Bled, 14. november 2008*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, 37–47.

Juneag L, Asplund K, Svedlund M (2013). Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scand J Caring Sci* 28(2): 289–96.

Kiger MA (2004). *Teaching for health*. Third edition. Churchill livingstone. Elsevier, 133–87.

Kralj L (2008). Zdravstvena nega bolnika ob koronarografiji in primarni perkutani koronarni intervenciji. In: *Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno-žilnih bolnikov*, zbornik predavanj XXII. strokovnega srečanja Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Bled, 14. november 2008. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, 15–23.

Kranjec I, Blinc A, Kanič V et al. (2014). *Bolnik s srčnim infarktom in njegov izbrani zdravnik*. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije.

Kvas A (2011). Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: Kvas A, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester*: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 33–47.

Kvas A (2015). Sodobni andragoško-didaktični pristopi v zdravstveni vzgoji. In: *Kaj sporoča prenovljeni evropski kodeks proti raku / XXIII. seminar in memoriam dr. Dušana Reje*; v organizaciji Zveze slovenskih društev za boj proti raku in Onkološkega inštituta Ljubljana in Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Zveza slovenskih društev za boj proti raku. Ljubljana, 87–96.

Lipar L (2014). Hitra bolnišnična rehabilitacija bolnika po miokardnem infarktu. V: *Urgentna stanja v kardiologiji in angiologiji*, zbornik prispevkov z recenzijo XXXII. strokovnega srečanja Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Šmarješke Toplice, 16. maj 2014. Kranj: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, 77–83.

Mehta P, Wei J, Wenger N (2015). Ischemic heart disease in women: a focus on risk factors. *Trends Cardiovasc Med*. 25(2): 140–51.

Mlakar P, Salobir B, Jug B, Čobo N, Terčelj M, Šabovič M (2014). Vpliv standardne zdraviliške rehabilitacije po akutnem miokardnem infarktu na telesno zmogljivost in dejavnike tveganja za koronarno bolezen srca. *Zdrav Vestn* 83(11): 670–7.

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje (2015). Zdravstveno stanje prebivalstva. Zdravstveni statistični letopis 2015.

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje (2014). Alkohol. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/tvegano-pitje-alkohola> <20.1.2018>.

Nunes S, Rego G, Nunes R (2016). Difficulties of Portuguese patients following acute myocardial infarction: predictors of readmissions and unchanged lifestyles. *Asian Nurs Res* 10(16): 150–7.

Ocepek S, Zobavnik J (2008). Zdravstvena vzgoja bolnika po akutnem miokardnem infarktu. In: *Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno-žilnih bolnikov, zbornik predavanj XXII. strokovnega srečanja Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Bled, 14. november 2008*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, 31–6.

Piper S (2009). *Health promotion for nurses. Theory and practice*. London, New York: Routledge, 12–6.

Podobnik M, Pokleka P, Valenčič B (2008). Dejavnosti koronarnih klubov po Sloveniji. In: *Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno-žilnih bolnikov, zbornik predavanj XXII. strokovnega srečanja Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Bled, 14. november 2008*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, 65–71.

Qahtany A, Hani M, Abdulkhaliq H et al. (2018). Atherosclerosis: pathophysiology and management. *The Egyptian J Hosp Med* 70(1): 82–7.

Radošević D (2015). Rehabilitacija bolnika z boleznimi srca in žilja in vloga svojcev pri tem. In: V skrbi za vaše zdravje. Terme Šmarješke Toplice – Center za zdravljenje in rehabilitacijo boleznih srca in žilja. Novo mesto: Krka d.d., 1–25.

Svavarsdóttir M, Siguroadóttir K, Steinsbekk A (2015). How to become an expert educator: a qualitative study on the view of health professionals with experience in patient education. *BMC Med Educ.* 15(87): 1–9.

Sheena M (2011). Premagajmo srčni infarkt in možgansko kap: načrt za samoobrambo v 10 korakih, priročnik. 1. izdaja. Ljubljana: Mladinska knjiga, 13–60.

Uysal H, Ozcan S (2013). The effect of individual education on patients' physical activity capacity after myocardial infarction. *Int J Nurs Pract* 21(4): 18–28.

Vardanjani SA, Fanisaberi L, Shahraki FA, Khalilzadeh A, Tavakoli Vardanjani A, Ghani Dehkordi F (2013). The effect of face to face education and educational booklet on health indexes of the hospitalized patients with myocardial infarction. *Nurs Res Pract* 13(1): 1–8.

White S, Bissell P, Anderson C (2011). A qualitative study of cardiac rehabilitation patients perspectives on making dietary changes. *J Hum Nutr Diet* 24(2): 122–7.

Zurc J (2010). Vloga in pomen metodike zdravstvene vzgoje v slovenskem zdravstvu. In: Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege, zbornik predavanj z recenzijo, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 16.–17. september, 2010. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 224–38.

Žerdoner L (2016). Vloga zdravstvene nege pri rehabilitaciji pacientov po akutnem koronarnem dogodku. In: Zapleti in pristopi v rehabilitacijski zdravstveni negi. Strokovni seminar z mednarodno udeležbo, zbornik predavanj, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, Topolšica, 10. marec, 2016. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 21–6.