



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZDRAVSTVENA VZGOJA IN VLOGA
MEDICINSKE SESTRE PRI PACIENTU Z
AKUTNIM MIOKARDNIM INFARKTOM**

**HEALTH EDUCATION AND NURSES' ROLE
IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL
INFARCTION**

Mentor: Sanela Pivač, pred.

Kandidat: Andreja Sušnik

Jesenice, maj, 2016

ZAHVALA

Najprej bi se rada zahvalila mentorici Saneli Pivač, pred., za usmeritve ter strokovne nasvete pri pripravi diplomskega dela.

Hvala recenzentoma Miranu Remsu, viš. pred., in Marti Smodiš, pred., za pravilne usmeritve pri pisanju diplomskega dela.

Hvala Univerzitetnemu kliničnemu centru Ljubljana za odobritev izvajanja raziskave ter zdravstvenim delavcem kliničnih oddelkov za kardiologijo in hipertenzijo, ki so v njej sodelovali.

Hvala sodelavcem in prijateljem, ki so mi med študijem stali ob strani in me podpirali. Posebna zahvala gre moji družini, še posebno partnerju, ker so verjeli vame in me spodbujali.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zdravstvena vzgoja je disciplina, s katero poskušajo zdravstveni delavci doseči izboljšanje zdravstvenega stanja in odpraviti zdravstvene težave.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti, kako pomembna se zdi zdravstvena vzgoja zdravstvenim delavcem, po kateri metodi jo najpogosteje izvajajo in kako usposobljeni se sami sebi zdiyo za njeno izvajanje.

Metoda: Izvedena je bila metoda empiričnega kvantitativnega raziskovanja z anketno metodologijo. Raziskava je bila izvedena med diplomiranimi medicinskimi sestrami Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, na kliničnih oddelkih za kardiologijo in hipertenzijo. Sodelovalo je 51 diplomiranih medicinskih sester. Vzorec je bil namenski. Za analizo podatkov je bil uporabljen računalniški program SPSS. Uporabili smo opisno statistiko, za analizo razlik smo uporabili t-test za neodvisne vzorce in enofaktorsko analizo – ANOVO. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0.05 in manj.

Rezultati: Anketiranci so se najbolj strinjali s trditvami, da je izvajanje zdravstveno-vzgojnega dela pri pacientu z akutnim miokardnim infarktom zelo pomembno (PV = 4,48; SO = 0,418) in da z zdravstveno- vzgojnim delom pripomoremo k ozaveščanju o dejavnikih tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni (PV = 4,76; SO = 0,428). Najbolj pomembni vsebini zdravstveno-vzgojnega dela pri pacientih z akutnim miokardnim infarktom sta se anketirancem zdeli obvladovanje stresa (PV = 4,69; SO = 0,510) in opustitev kajenja (PV = 4,69, SO = 0,469). Anketiranci najpogosteje izvajajo individualno izobraževanje (PV = 4,12; SO = 1,032) z besedilnimi metodami (PV = 3,78; SO = 1,205).

Razprava: Zdravstveno- vzgojno delo pri pacientu z akutnim miokardnim infarktom je pomembno, saj na ta način pripomoremo k ozaveščanju in posledično preprečujemo ponovitve srčno-žilnih bolezni. Zdravstveni delavci si morajo za izvajanje vzeti čas in imeti specialna znanja.

Ključne besede: miokardni infarkt, zdravstvena vzgoja, dejavniki tveganja, rehabilitacija, srčno-žilne bolezni

SUMMARY

Theoretical background: Healthcare education is a discipline in which healthcare workers are trying to achieve improvement of health and eliminate health related issues.

Objective: The objective of this thesis is to conclude on how important the healthcare education is to healthcare workers, what is the educational method most commonly employed by healthcare workers and how skilled do they perceive themselves to be in healthcare education.

Method: We have implemented an empirical quantitative research with survey methodology. The survey was conducted among nurses of the University Clinical Centre Ljubljana, at the Clinical Department of Cardiology and Clinical Department of Hypertension. The study involved 51 nurses. The sample was assigned. We used SPSS software for data analysis. We used descriptive statistics to analyze the differences and we used the t-test for independent samples and one phase analysis – ANOVA. For statistically significant data we considered differences where the level of statistical significance was at 0,05 and less.

Results: Survey participants agreed with the following statement the most: that the implementation of healthcare work in a patient with acute myocardial infarction is very important (PV = 4,48; SO = 0,418) and that healthcare education contributes to raising awareness of the risk factors for cardiovascular diseases (PV = 4,76; SO = 0,428). According to survey participants the most important part of the content of healthcare education for patients with acute myocardial infarction were stress management (PV = 4,69; SO = 0,510) and non-smoking (PV = 4,69; SO = 0,469). Survey participants most frequently performed individual training (PV = 4,12; SO = 1,032) with text methods (PV = 3,78; SO = 1,205).

Discussion: Healthcare work in a patient with acute myocardial infarction is important because it contributes to raising awareness and consequently preventing the recurrence of cardiovascular diseases. Healthcare workers must have enough time and special knowledge to implement healthcare education.

Keywords: myocardial infarction, healthcare education, risk factors, rehabilitation, cardiovascular diseases

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
	2.1 MIOKARDNI INFARKT	2
	2.2 DEJAVNIKI TVEGANJA	4
	2.3 ZDRAVSTVENA VZGOJA IN VLOGA MEDICINSKE SESTRE	7
	2.4 REHABILITACIJA	14
3	EMPIRIČNI DEL	15
	3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	15
	3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	15
	3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	16
	3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
	3.3.2 Opis merskega instrumenta	16
	3.3.3 Opis vzorca.....	17
	3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	19
	3.4 REZULTATI	19
	3.5 RAZPRAVA	25
4	ZAKLJUČEK	30
5	LITERATURA	31
6	PRILOGE	
	6.1 INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika po sklopih	17
Tabela 2: Demografske značilnosti	18
Tabela 3: Stališča in mnenja zdravstvenih delavcev o zdravstveno vzgojnem delu pri pacinetu z AMI.....	20
Tabela 4: Mnenje zdravstvenih delavcev o pomembnosti dejavnikov tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj	21
Tabela 5: Mnenje zdravstvenih delavcev o ozaveščanju pacientov z AMI z navedenimi vsebinami v okviru izvedbe zdravstveno vzgojnega dela	22
Tabela 6: Pogostost uporabe metod pri zdravstveno vzgojnem delu pacienta z AMI in pogostost upoštevanja značilnosti pri izbiri metode.....	22
Tabela 7: Razlike o pomembnosti izvedbe zdravstveno vzgojne dejavnosti zdravstvenih delavcev pri pacientih z AMI glede na leta delovne dobe.....	24
Tabela 8: Razlike med pomembnostjo izvedbe zdravstveno vzgojne dejavnosti zdravstvenih delavcev pri pacinetu z AMI glede na delovno dobo (ANOVA)	24
Tabela 9: Rezultati t-testa glede na oddelek.....	25

SEZNAM KRAJŠAV

EKG – elektrokardiogram

AMI – akutni miokardni infarkt

1 UVOD

Miokardni infarkt je kazalnik enega vodilnih zdravstvenih problemov v svetu. Prav tako je tudi glavni vzrok smrti in invalidnosti. Miokardni infarkt je lahko prvi kazalnik bolezni koronarnih arterij (Tygesen, et al., 2007).

Koronarna bolezen je vodilni vzrok smrti pri nas in po svetu. Z naraščanjem deleža starejše populacije ugotavljajo tudi več dejavnikov tveganja za nastanek aterosklerotičnih bolezni (Gradecki & Bunc, 2010).

O koronarni bolezni govorimo pri prizadetosti koronarnih arterij, do katere privedejo aterosklerotični plaki v steni koronarnih arterij (Gričar, 2010).

Za akutni miokardni infarkt je značilno, da pride do zožitev ali popolne zapore koronarnih arterij. Je eden od oblik akutnega koronarnega sindroma, kamor prištevamo tudi nestabilno angino pectoris in nenadno srčno smrt. Posledica ožanja svetlin arterij zaradi aterosklerotičnih plakov so prsne bolečine, ki se začnejo pojavljati ob naporih. Pri poškodbi ali razpoki površine plaka se začnejo zbirati in zlepljati trombociti in koagulacija, kar povzroči delno ali popolno zaporo arterije z nastalim strdkom. Ta pa zmanjša ali celo zapre dotok krvi v srčno mišico. Tak zaplet v arteriji povzroči odmrte prizadetih tkiv ali pa hude poškodbe. To imenujemo miokardni infarkt (Gričar, 2008).

Zdravstvena vzgoja je metoda dela, ki se uporablja v zdravstvenih strokah in se zavzema, da bi z učenjem, informiranjem in s prenosom izkušenj posameznika in skupnost seznanila z boleznimi, ohranjanjem zdravja, s preventivo, z določenimi postopki in s posegi. Cilj zdravstvene vzgoje je, da bi s svojim poslanstvom dosegla pozitivno razmišljanje skupnosti in posameznika o zdravju, zdravem življenju, poznavanju dejavnikov, ki vplivajo na zdravje (Hoyer, 2005).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 MIOKARDNI INFARKT

Miokardni infarkt je lahko prvi znak bolezni koronarnih arterij ali pa se pojavi večkrat pri bolnikih z že ugotovljeno boleznijo. Izraz miokardni infarkt odraža celično smrt srčnih mišičnih celic z ishemijo, ki je posledica neravnovesja perfuzije. Ishemijo v kliničnem okolju je največkrat možno prepoznati iz bolnikove zgodovine in iz elektrokardiograma (EKG) (Tygesen, et al., 2007).

Akutni miokardni infarkt (AMI) se začne s pogostimi življenjsko nevarnimi motnjami srčnega ritma. Pojavita se lahko asistolija in ventrikularna fibrilacija. Smrt zaradi miokardnega infarkta je tridesetodstotna, od tega se več kot polovica smrti pripeti pred prihodom v bolnišnico (Miložič & Lešnik, 2015).

Aterosklerotični plaki začnejo s svojo rastjo na določeni stopnji ovirati pretok krvi skozi koronarne arterije. Takrat se ob naporih pojavljajo bolečine v prsih, ki jim pravimo stenokardije. Na tej stopnji je bolezen stabilna. Pacient se lahko težavam izogne s prilagoditvijo življenjskega sloga. Če pa pride do poškodbe ali razpoka površine plaka, se sprožijo mehanizmi zbiranja in zlepljanja trombocitov in mehanizem koagulacije. Ti hitro pripeljejo do delne ali popolne zapore arterije s strdkom. Zaprtje močno zmanjša ali prekine dotok krvi v predel srčne mišice, ki ga prehranjuje poškodovana arterija. Taka zavora v arteriji povzroči poškodbe, lahko pa tudi odmrtnje prizadetih tkiv (Gričar, 2008).

Obsežnost okvare srčne mišice pri zapori venčne odvodnice je odvisna od velikosti področja, ki ga preskrbuje prizadeta žila, od tega, ali je žila popolnoma zamašena ali ne, od prirojenih dejavnikov, ki lahko izzovejo zgodnje spontano raztapljanje strdka, od količine krvi, ki pride iz okoljnih obhodnih žilic (kolateral) v prizadeto območje, in o potrebi srčne mišice po kisiku (Kapš, et al., 2009).

Bolezensko je miokardni infarkt odmrtnje srčne mišice, ki je nastalo zaradi pomanjkanja kisika v njej. Hudo pomanjkanje kisika ali nasploh odsotnost tega, privede že po minuti

do okvare srčno-mišičnih celic (lezija), ki je sicer zelo odvisna od nemotenega dovajanja kisika, in že po 40 minutah do nepopravljive okvare (nekroza) (Kapš, et al., 2009).

Lokalizacija miokardnega infarkta je odvisna od zapore venčnih žil, od razlik v zgradbi žil posameznikov in od obsega kolateralnega krvnega obtoka. Infarkt srčne mišice je lahko po vsej debelini srčne stene (transmuralni infarkt) ali pa zajame le notranjo plast srčne stene, subendokardialni predel stene (netransmuralni infarkt) (Kapš, et al., 2009).

Za AMI so značilni simptomi, kot je tiščoča ali pekoča bolečina v prsnem košu, ki naj bi trajala od 15-30 minut, včasih tudi več. Izzareva lahko v vrat, čeljust, hrbet, levo roko, trebuh ali pa tudi drugam. Pogosti simptomi, ki spremljajo bolečino so strah, slabost, bruhanje, težka sapa, znojenje, palpitanje in motnje zavesti (Gričar, 2008).

Znaki, ki se lahko pojavijo pri miokardnem infarktu so prestrašenost, nemir, motnje ritma, nižji ali višji krvni tlak, potna hladna koža, bradikardija ali tahikardija (Kapš, et al., 2009).

Pri miokardnem infarktu se lahko pojavijo atipični simptomi ali pa jih sploh ni. Tako se miokardni infarkt določi samo s pomočjo posnetka (EKG), povišanih encimov v krvi in pa ultrazvočne preiskave srca (Tygesen, et al., 2007).

Pomembno je, da AMI čimprej diagnosticiramo, saj s tem dosežemo zgodnjo ponovno prekrvavitev z zdravili proti strjevanju krvi ali z operativnim posegom na venčnih žilah. O diagnozi AMI govorimo pri značilnih spremembah v EKG zapisu in bolečinah v prsnem košu (Kapš, et al., 2009).

12 kanalni EKG je osnovna diagnostična preiskava pri AMI (Kapš, et al., 2009).

Treba ga je posneti vsaj 5 minut po pojavu prsne bolečine oziroma po prihodu k bolniku s prsno bolečino. Ko so v EKG vidne elevacije veznice ST, postavimo diagnozo akutni koronarni sindrom, če pa so povišani laboratorijski kazalniki miokardne nekroze, pa diagnozo miokardni infarkt, ki je najpogosteje povezan s popolno zaporo koronarne arterije. Stopnje zapore koronarne arterije žal ne moremo oceniti iz sprememb v EKG, saj lahko najdemo tudi popolne zapore brez elevacij ST veznice in obratno. Na osnovi

vidnih oziroma nevidnih elevacij ST veznice v EKG se odločimo o nujnih ukrepih (Gričar, 2008).

Ultrazvočna preiskava srca ima običajno zelo pomembno vlogo pri obravnavi bolnika, pri katerem sumimo AMI. S to preiskavo lahko prikažemo motnje krčljivosti, globalno sistolično in diastolično funkcijo prekatov, disfunkcijo zaklopk in pa zaplete miokardnega infarkta, ki se kažejo kot ruptura papilarne mišice, defekt medprekatnega pretina, ruptura proste stene srca s tamponado in druge (Gričar, 2008).

Kapš, et al. (2009), so zapisali, da je ultrazvočna preiskava pri AMI pomembna predvsem pri merjenju velikosti infarkta, za določitev prizadetega dela mišice srca, prekrvavljenosti poškodovanega dela, gibanju prizadetega dela srca, mitralne mišične regurgitacije pri prizadetosti papilarne mišice ali hord in celotne mišice srca.

Koronarografija je nekirurški poseg, ki ga opravlja interventni kardiolog. Uvrščamo jo med najpomembnejše invazivne kardiološke preiskave. Omogoča natančen pregled koronarnega žilja. Interventni kardiolog vstavi kateter v srce skozi femoralno arterijo in arterijo radialis. Skozi kateter vbrizgava kontrastno sredstvo, s čimer dobi informacijo o stopnji aterosklerotičnega procesa in postavi diagnozo sprememb na koronarnem žilju. Oceni pa tudi hemodinamsko pomembnost. Na podlagi videnega se odloči o nadaljnjem zdravljenju (Miložič & Lešnik, 2015).

2.2 DEJAVNIKI TVEGANJA

V Sloveniji in drugje po svetu so bolezni srca in žilja glavni vzrok umrljivosti. Najpomembnejši dejavniki tveganja za nastanek bolezni srca in žilja so telesna neaktivnost (aktivni manj kot enkrat na teden), prekomerna telesna teža (indeks telesne mase nad 25kg/m²), povišane vrednosti holesterola v krvi, motena presnova glukoze in kajenje (Fras, 2014).

Dejavnike tveganja, ki najpogosteje povzročajo arteriosklerozo in posledično kasneje tudi miokardni infarkt, lahko razdelimo na tri skupine:

- dejavnike, na katere ne moremo vplivati (spol, starost, genetski dejavniki),
- dejavnike, ki jih lahko obvladujemo z zdravljenjem (povišan krvni tlak, sladkorna bolezen, visoke maščobe v krvi),
- dejavnike, ki jih lahko odpravimo s spremembo življenjskega sloga (nezdrava prehrana, kajenje, telesna nedejavnost, stres) (Kocijančič, et al., 2005).

Rezultati raziskave Z zdravjem povezan vedenjski slog kažejo, da je nezdravo prehranjevanje pomembnejši javnozdravstveni problem, ki je pomemben dejavnik tveganja za nastanek kroničnih bolezni. Ugotovili so, da so najpogostejše napake pri prehranjevanju med Slovenci naslednje:

- premajhno število obrokov dnevno,
- nepravilen ritem prehranjevanja,
- preveliko število zaužitih maščob,
- uživanje preslane hrane,
- prevelike količine zaužite sladke hrane in pijače,
- premalo sadja in zelenjave (Hlastan Ribič, et al., 2012).

Najbolj nezdravo se prehranjujejo moški, predvsem nižje izobraženi in člani delavskega sloja (Hlastan Ribič, et al, 2012).

Kajenje je najpomembnejši prepričljivi vzrok kroničnih bolezni, prezgodnje smrti in manjzmožnosti. Raziskava »Z zdravjem povezan vedenjski slog je pokazala, da so v letu 2008 in kasneje tudi v letu 2011, povprečno več pokadili moški kot ženske in to je 19,3 cigarete dnevno. Po podatkih raziskave naj bi zdravstveni delavci takrat 12,5% populacije svetovali, naj opustijo kajenje (Koprivnikar, 2012).

Dokazano je, da ima negativne učinke na srčno žilni sistem tudi pasivno kajenje. Zvišanje krvnega tlaka in frekvence srca se pojavi kot posledica stimulacije simpatičnega živčnega sistema, kar povzroča kajenje. Ta učinek traja več kot 15 minut po pokajeni cigareti (Salobir, 2013).

Visok krvni tlak je zelo pomemben dejavnik za nastanek srčno žilnih obolenj. Zdravljenje je zelo dolgoročno in zahteva čim bolj nadzor krvnega tlaka in vseh drugih dejavnikov, ki ga povzročajo. Prav tako je pri zdravljenju visokega tlaka pomembno izboljšanje življenjskega sloga, predvsem uživanje manj slane hrane (Dobovišek, 2007).

Hiperlipidemija je presnovna motnja, pri kateri govorimo o povišani koncentraciji holesterola in/ali trigliceridov v serumu. Uvrščamo jo med dejavnike tveganja za srčno žilna obolenja, kateri pa delujejo sinergistično. Njihov učinek je večji kot seštevek posameznih učinkov. Pacienti z večjim številom povišanih dejavnikov tveganja imajo večje tveganje za nastanek bolezni, kot tisti ki imajo povišanega samo enega (Vodopivec Jamšek, 2005).

Dislipidemije opredelimo s pomočjo laboratorijskih kazalnikov motene presnove krvnih maščob. Zdravila prvega izbora, ki vzporedno z znižanjem koncentracije LDL dokazano zmanjšajo pojavnost srčno žilnih dogodkov in zaustavijo napredovanje ateroskleroze so statini (Jug, 2013).

Debelost uvrščamo med neodvisne dejavnike tveganja srčno žilnih obolenj. Povezujejo jo s povečano pojavnostjo srčnega popuščanja, arterijske hipertenzije, hipertrofije srčne mišice, motnjami dihanja, žolčnih kamnov, itd. Debelost je kronična bolezen, pri kateri gre za prekomerno kopičenje maščevja v telesu. Trebušno debelost, ki je povezana s srčnožilnim tveganjem, določimo z meritvami obsega trebuha (Pfeifer, 2007).

Starc (2009) trdi, da je kronični stres s kar 70-90% povezan s sodobnimi boleznimi. Največ škode povzroči na srčno-žilnem sistemu, v moteni presnovi (sladkorna bolezen, zvišane maščobe, presnovni sindrom, neodzivnost na inzulin), na možganih (emocionalne, vedenjske spremembe, depresija) in pri mnogih drugih boleznih.

Stres na delovnem mestu je dejavnik tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni, vendar obstajajo mehanizmi, ki teh trditev ne potrjujejo. Na nastanek srčno-žilnih bolezni lahko vpliva z aktivacijo nevroendokrinih stresorjev ali neposredno z nezdravimi življenjskimi navadami (Chandola, et al., 2008).

Najpomembnejša za ohranjanje in izboljšanje zdravja je redna telesna dejavnost. Telesna nedejavnost je povezana z biološkimi dejavniki tveganja (hipertenzija, debelost, dislipidemija) in zato močno skrajša življenjsko dobo. V raziskavi Z zdravjem povezan vedenjski slog so ugotovili, da je telesna dejavnost v povprečju kar visoka, vendar

obsega vse telesne dejavnosti (na delovnem mestu, domača opravila, rekreacijo, pot na delo) (Djomba, 2012).

Pri pacientih s sladkorno boleznijo je več možnosti za nastanek srčno-žilnih bolezni, če so hkrati prisotni dva ali več dejavnikov tveganja za nastanek le-teh. Pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2 je značilna pospešena ateroskleroza. Sladkorna bolezen, centralna debelost, arterijska hipertenzija in dislipidemija skupaj sestavljajo klinično entiteto, ki je znana kot metabolni sindrom ali sindrom inzulinske odpornosti. Verjetnost za hudo srčno popuščanje in večjo umrljivost v bolnišnici povzroča metabolni sindrom, ki prav tako močno poslabša prognozo bolnikov z AMI (Urbančič Rovan & Vrtovec, 2006).

2.3 ZDRAVSTVENA VZGOJA IN VLOGA MEDICINSKE SESTRE

Zdravstvena vzgoja je postala akademska disciplina, s katero izboljšujemo zdravstveno stanje in odpravljamo zdravstvene probleme. Z njo poskušamo pri ljudeh doseči sprejemanje in vzdrževanje zdravega načina življenja, vnaprej določene cilje, da bi uporabili zdravstveno dejavnost na ustrezen in pravičen način. Poznamo tri ravni zdravstvene vzgoje: primarno, sekundarno in terciarno in na vseh ima medicinska sestra pomembne in odgovorne naloge. Zdravstveno-vzgojno delovanje medicinske sestre je zelo pomembno, saj bo le vzgojen in poučen posameznik upošteval načela zdravega načina življenja v vsakdanjem življenju, znal bo preprečiti nastanek bolezni, ob pojavu bolezni bo ustrezno motiviran za aktivno sodelovanje v procesu zdravljenja in najpomembneje, ob ozdravitvi bo znal ohranjati in krepiti svoje zdravje (Kvas, 2011).

Motivacija je zelo pomembna za vsako človeško dejanje, še posebej učenje. Poteka po motivacijskem procesu, katerega elementi so pobudnik, energija, potreba, dejavnost in cilj. V motivacijskem procesu je treba biti pozoren na osebni življenjski slog, njegovo zdravstveno stanje ter odziv na določeno situacijo in okolje. O vključevanju zdravega vedenja v življenjski slog se odloča vsak sam. Zato je naloga zdravstvenega delavca, da deluje profesionalno in ga s takim ravnanjem motivira in spodbuja. Dejavnosti, ki jih izvaja zdravstveni delavec, so razumevanje zdravega življenjskega sloga, dvig

pacientove zavesti, poziv, da komentira, zavrača, sprejema, deluje ter izbira. Na ta način bo oseba motivirana za učenje in bo razvila interes za obravnavano temo ter spoznala vključenost (Hoyer, 2005).

Znanje, ki ga imajo zdravstveni delavci o zdravju in bolezni, je treba pravilno in sprejemljivo posredovati bolnikom. Prav zato je pomembno vedeti, na kakšen način to posredovati, da bodo bolniki razumeli in znali uporabiti (Hoyer, 2005).

Metode učno-vzgojnega dela delimo po viru, od katerega prihajajo sporočila do tistega, ki se uči. Poznamo:

- verbalno-besedilne, pri katerih gre predvsem za uporabo metode ustne razlage, pogovora in metode dela z besedilom,
- ilustrativno-demonstrativne, ki so zelo pomembne; pri teh s pomočjo ponazoril in demonstracije seznanijo udeležence z vsebinami. Pri izvajanju se uporablja več različnih pripomočkov, kot filme, skice, fotografije, predmete, itd.,
- metoda izkustvenega učenja je za učitelja zelo zahtevna, saj mora upoštevati udeležence, jim dati veljavo. Gre predvsem za prenos znanja in izkušenj posameznika,
- metoda laboratorijskih ali praktičnih del se najpogosteje uporablja pri učenju novih, pacientom neznanih posegov, kot so preveza ran, aplikacija inzulina, priprava zdravil itd.,

glede na faze in vsebine izobraževalnega procesa (primerne za začetek, za posredovanje in obdelavo vsebine, za spodbujanje in sodelovanje v učni skupini, za pridobivanje, posredovanje in preverjanje rezultatov) in delitev glede na uporabnost metod pri različnih načinih izobraževanja (množično izobraževanje, skupinsko izobraževanje, metode individualnega izobraževanja) (Hoyer, 2005).

Metodo zdravstveno-vzgojnega dela je treba izbrati. Na izbiro vpliva več dejavnikov:

- značilnosti udeležencev (spol, starost, zdravstvene težave, motivacija),
- cilj, ki ga želimo doseči,
- vsebina,
- velikost skupine.

- materialni in prostorski pogoji,
- vrsta zdravstveno-vzgojne dejavnosti,
- lastnosti učitelja,
- čas, ki ga imamo za izvajanje zdravstveno- vzgojnega dela (Hoyer, 2005).

Namen oziroma cilj zdravstvene vzgoje je pravilna, pravočasna in popolna obveščenost ljudi o dejavnikih, ki ogrožajo njihovo zdravje in doseči njihovo motivacijo za zdravo življenje, okolje in odgovornost za svoje zdravje (Hoyer, 2005).

Medicinske sestre izvajajo zdravstveno vzgojo bolnih in zdravih ljudi vseh starosti. Predstavljati mora pravilno podobo, pozitivno sporočilo, biti zgled, imeti dovolj znanja in veščin pri soočanju z nepričakovanim. Za uspešno in predvsem učinkovito zdravstveno-vzgojno delovanje potrebujejo medicinske sestre dodatna specialna znanja s področja pedagogike, andragogike, didaktike, teorije vzgoje, razvojne psihologije in psihologije učenja (Kvas, 2011).

Zdravstvena vzgoja se začne s sprejemom pacienta na oddelek. Medicinska sestra se mora truditi in spremeniti pacientova stališča in vedenjske vzorce, ki so ga pahnili v bolezen (Trampuš, 2005).

Ob sprejemu ima pacient veliko vprašanj. Treba mu je razložiti pomen zdravil, ki jih bo prejemal, razloge za ležanje v postelji, pomen določenega vnosa tekočin, dietni režim itd. (Ocepek & Zobavnik, 2008).

Najpomembnejše pri izvajanju zdravstvene vzgoje je pacientovo zaupanje, saj je osnova zveze pacient - medicinska sestra. Če pacient nima zaupanja, težko upošteva navodila in nasvete, ki mu jih posreduje medicinska sestra. K razvoju zaupnega odnosa pripomore pacientov občutek sprejetosti in čustvenost medicinske sestre (Eriksson & Nilsson, 2008).

Velik pomen ima prvi stik s pacientom, saj z njim pridobimo njegovo zaupanje, kar je pomembno za nadaljnjo oskrbo, pri kateri potrebujemo pacientovo sodelovanje. Dosežemo ga tako, da se mu ob prvem stiku predstavimo (Ocepek & Zobavnik, 2008).

Medicinske sestre se skupaj s pacientom in njegovimi svojci dogovorijo, kako bodo reševali najpomembnejše probleme, kako bodo izvajale zdravstveno vzgojo, koliko časa, kje, kdaj in kdo jo bo izvajal. Zelo pomembna pri načrtovanju zdravstveno-vzgojnega dela je tudi vključitev svojcev, ki pacientu nudijo psihično podporo pri spremembah življenjskega sloga. Največji pomen ima podporni odnos celotne skupine, ki sodeluje pri pacientovi rehabilitaciji (Čuk, 2006).

Z zdravstveno vzgojo lahko medicinske sestre izvajajo naslednje ukrepe za :

- redne kontrole krvnega tlaka,
- redne kontrole holesterola v krvi,
- redne kontrole krvnega sladkorja,
- odvajanje od kajenja,
- obvladovanje stresa,
- redukcija telesne teže,
- redno telesno aktivnost,
- spremembe prehranskih navad (Trampuš, 2005).

Pacienti po miokardnem infarktu imajo večjo možnost ponovnih zapletov, zato je ključnega pomena upoštevanje navodil o zdravem načinu življenja in redno jemanje predpisanih zdravil. Opozoriti jih je treba tudi, da je predpisana zdravila treba jemati kjub normalnim vrednostim krvnega tlaka, maščob in krvnega sladkorja v krvi (Kruhar Lorger, 2009).

Pacientom z miokardnim infarktom je treba obrazložiti pomen določenih zdravil, katere bodo morali uživati redno. Zelo pomembna je obrazložitev glede načina uživanja, namena, pogostosti, časa zaužitja zdravil (Wiggins, et al., 2013)

Pri zdravstveni vzgoji o telesni dejavnosti pacientom svetujemo, naj bo redna, dnevno 30 do 90 minut. Načrtujemo jo individualno. Intenzivnost narašča postopno. Pomembno je, da so pozorni na porast pulza, ki naj bo med 100 do 140 udarcev na minuto, odvisno od starosti in zdravstvenega stanja pacienta (Pfeifer, 2007).

Pri pacientih z AMI ima redna telesna vadba veliko pozitivnih učinkov, ki se kažejo kot:

- nižji krvni tlak,
- nižji srčni utrip,

- izboljšana prekrvavitev,
- večja telesna zmogljivost,
- lažje premagovanje stresnih situacij,
- manjša zadihanost med napori,
- manj pogosti napadi angine pectoris,
- bolj urejena sladkorna bolezen,
- manjša verjetnost za pojav drugih bolezni,
- boljša kakovost življenja,
- višja pričakovana starost (Ocepek & Zobavnik, 2008).

Zelo pomembno je, da paciente seznanimo z možnimi neugodnimi učinki telesne vadbe, ki se kažejo kot:

- bolečina v prsnem košu,
- težko dihanje,
- visok krvni tlak ko mirujejo,
- neenakomerno ali hitro utripanje srca,
- zvišana telesna temperatura,
- neurejena sladkorna bolezen,
- vrtoglavica,
- zmedenost, dezorientiranost,
- izguba ravnotežja,
- novonastale bolečine v sklepih in mišicah (Ocepek & Zobavnik, 2008).

Svetujemo jim, da opustijo kajenje. Ker so bili med hospitalizacijo že brez cigaret, je to idealna priložnost za opustitev (Wiggins, et al., 2013).

Najučinkovitejši nefarmakološki ukrep za preprečevanje nastanka srčno žilnih obolenj , možganske kapi, periferne arterijske bolezni in mokardnega infarkta je opustitev kajenja (Salobir, 2013).

S trajanjem kajenja in številom pokajenih cigaret se zvišuje tveganje za nastanek ateroskleroze. S opustitvijo kajenja tveganje popolnoma izgine. Dokazano je, da se tveganje za ponovni nastanek miokardnega infarkta 1 leto po opustitvi kajenja zmanjša za polovico, zato jim vztrajno odsvetujemo opustitev (Kocijančič, et al., 2005).

Pri njihovi odločitvi jih motiviramo, spodbujamo, pohvalimo in jih med krizo zaposlimo. Svetujemo jim tudi vključitev v delavnice za opuščanje kajenja, kjer dobijo napotke, kako se odzvati ob abstinenčni krizi (Kvas, 2004).

Zdrava prehrana zmanjšuje obolevanje in smrtnost kot posledica bolezni srca in žilja. Z uživanjem zdrave prehrane se znižuje serumski holesterol, trigliceridi, zvišana telesna teža, zvišan krvni tlak, trebušna maščoba in krvni sladkor ter inzulin. Ugodne učinke pri zmanjševanju umrljivosti, kot posledica bolezni srca in žilja in zmanjševanje ponovnih miokardnih infarktov pri pacientih s koronarno boleznijo je pokazal mediteranski tip prehrane z veliko sadja, zelenjave in omega 3 maščobnih kislin (Vodopivec, 2005).

Pri prehrani je potrebno poudariti predvsem zmanjšanje vnosa zasičenih maščob v telo. Priporočamo uživanje rib, perutnine brez kože, veliko sadja in zelenjave, polnozrnatna živila. Alkohol lahko pijejo zmerno, 2 dcl vina dnevno. Pomemben je tudi način priprave hrane. Izogibati se je treba cvrtju, pečenju na olju. Namesto tega hrano dušimo, kuhamo. Če želijo piti kavo, naj bo ta filtrirana in ne turška. Priporočamo tudi čim manjši vnos soli (Reiner, 2008).

Na uravnavanje telesne teže vplivata okolje in dednost. Dejavniki okolja tvorijo energetske bilanco, pri čemer so hranila energetski vnos, telesna dejavnost pa poraba. Na učinkovitost telesne vadbe pri uravnavanju telesne teže vplivajo na eni strani intenzivnost, vrsta telesne vadbe, trajanje, na drugi pa starost, spol in telesna pripravljenost. Pacientom damo tudi prehranska navodila, treba pa je upoštevati tudi psihosocialne vidike (Milošević, 2006).

Debelost je kronična bolezen, ki zahteva dolgoročno zdravljenje. Pri zdravljenju imajo največji pomen ozaveščanje, motivacija in pacientova odločitev za hujšanje. Na začetku si je treba zastaviti realne cilje, na primer 5-odstotno izgubo izhodne teže. Cilje lahko dosežemo le s celostnim pristopom, kamor spadajo sprememba življenjskega sloga, svetovanje o dietni prehrani, redna telesna dejavnost in zdravljenje z zdravili. Za zdravila se odločimo pri pacientih, pri katerih navadni ukrepi niso bili učinkoviti in so ogroženi (Pfeifer, 2007).

Pacientom s čezmerno telesno težo priporočamo, da shujšajo, saj tako lažje nadzorujejo dejavnike tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni. Za večino pacientov je pomembna

že stalnost telesne teže, saj je dokazano, da pri starejših osebah in srčno-žilnih pacientih znižanje telesne teže lahko poslabša nadaljevanje zdravljenja (Salobir, 2013).

Priporočljiva je redna aerobna telesna dejavnost zmerne stopnje, ki naj bi dnevno trajala 30 minut. Sem uvrščamo predvsem plavanje, hojo, tek in kolesarjenje. Z izjemo izometričnih vaj priporočajo tudi druge oblike telesne dejavnosti (Salobir, 2013).

V študiji Effectiveness of education in health in the non-medication treatment of arterial hypertension so obravnavali 261 pacientov z arterijsko hipertenzijo, starejših od 18 let. Izvajali so zdravstveno vzgojo v manjših skupinah in individualno. Paciente so poučevali o dietni prehrani, zmanjšanju vnosa alkohola in opustitvi kajenja. Po treh mesecih so jih ponovno obiskali in se pogovorili o spremembah življenjskega sloga v tem času. Ugotovili so, da je sprememba prehranjevalnih navad za paciente dokaj zahtevna, saj je težko spremeniti nekaj, na kar so navajeni že iz otroških let. Uživanje več sadja in zelenjave je še najmanjša težava. Pri navadah kot sta kajenje in pitje alkohola so ugotovili, da je težko doseči kakršne koli vidne rezultate v tako kratkem času (Lopes Oliveira, et al., 2013).

Prepoznavanje virov, ki povzročajo stresne situacije, je osnova za reševanje problemov v zvezi s stresom. Načini obvladovanja stresnih situacij so:

- umik iz stresnih razmer,
- realno načrtovanje – opredeljevanje delovnih ciljev,
- razumevanje in pomoč pri osebnih težavah (Bilban, 2009).

Ko pacienti začitijo težave zaradi stresa, izvajamo ukrepe:

- skrb za samega sebe (preživljanje časa z družino, vklop zabave v delo),
- določitev meje delovanja (sprememba delovnega časa; prepričanje, da je pomembnih več stvari, ne samo služba),
- analiza samega sebe (vrednote, želje, kaj znaš, ne znaš..),

premagovanje prepričanja, da so drugi boljši (Bilban, 2009).

2.4 REHABILITACIJA

Rehabilitacija, s katero je treba začeti že prvi dan hospitalizacije, je med pomembnejšimi deli zdravljenja pacientov s srčno-žilnimi boleznimi in jo je treba nadaljevati tudi po odpustu iz bolnišnice. Skrbeti je treba za ohranjanje telesnega zdravja, se varovati pred poslabšanjem ali ponovitvijo zdravstvenih težav. Njen glavni cilj pa je pacientov sprejem zdravega načina življenja (Kvas, 2004).

Zdravstveno vzgojo o telesni vadbi in aktivaciji ter rehabilitaciji po AMI prevzame fizioterapevt, ki dela po navodilih zdravnika. Obstajajo pa tudi okvirna navodila za bolnišnično rehabilitacijo bolnikov, ki jih ni prizadel AMI. Pacientom je treba razložiti, kakšno vadbo lahko izvajajo, kako intenzivno in koliko časa. Moramo jih opozoriti, na kaj morajo biti pri vadbi pozorni, npr. morebitne bolečine v prsnem košu, težko dihanje, pretirano pospešen utrip srca. Predvsem pa je pomembno, da intenzivnost vadbe narašča postopno in da pacienti poznajo namen in koristi takšnega načina rehabilitacije (Ocepek & Zobavnik, 2008).

Navodila bolnišnične rehabilitacije stabilnih pacientov z miokardnim infarktom:

- 1. dan: 12-urno ležanje v postelji (velja predvsem za bolnike po koronografiji), kasneje se lahko giba v postelji,
- 2. dan: posedanje v postelji s telesnimi vajami pod nadzorom fizioterapevta,
- 3. dan: telesne vaje, hoja okoli postelje in po bolniški sobi,
- 4. dan: hoja po hodniku,
- 5. dan: hoja po stopnicah (Ocepek & Zobavnik, 2008).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Pri pregledu domače in tuje strokovne literature je bilo ugotovljeno, da zdravstveno vzgojno delo zelo pripomore pri zdravljenju pacienta z AMI.

Namen diplomskega dela je ugotoviti pomen izvajanja zdravstveno vzgojnega dela medicinskih sester pri pacientih z AMI.

Cilji diplomskega dela:

- ugotoviti pomembnost izvedbe zdravstveno vzgojnega dela zdravstvenim delavcem pri pacientih z AMI,
- ugotoviti pomembnost vsebin zdravstveno vzgojnega dela s stališča zdravstvenih delavcev pri izvedbi zdravstveno vzgojnega dela pri pacientih z AMI,
- ugotoviti pogostost uporabe metod zdravstveno vzgojnega dela, katere zdravstveni delavci uporabljajo pri pacientih z AMI,
- ugotoviti mnenje zdravstvenih delavcev o pomembnosti določenega dejavnika tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj,
- ugotoviti razliko med pomembnostjo izvedbe zdravstveno vzgojne dejavnosti zdravstvenih delavcev pri pacientih z AMI glede na delovno dobo.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo zastavili sledeča raziskovalna vprašanja:

- Kako pomembno se zdravstvenim delavcem zdi zdravstveno vzgojno delo pri pacientih z AMI?
- Katere vsebine so tiste, ki so po mnenju zdravstvenih delavcev pomembne za izvedbo zdravstveno vzgojnega dela pri pacientih z AMI?
- Katere metode zdravstveno vzgojnega dela zdravstveni delavci najpogosteje uporabljajo pri pacientih z AMI?
- Kako pomemben se zdravstvenim delavcem zdi določen dejavnik tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj?

- Kakšna je razlika med pomembnostjo izvedbe zdravstveno vzgojne dejavnosti zdravstvenih delavcev pri pacientih z AMI glede na delovno dobo?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo metodo empiričnega kvantitativnega raziskovanja z anketno metodologijo. Pregledovanje podatkov je potekalo v tujih slovenskih in tujih bazah podatkov Cinahl, Medline, PubMed, Google učenjak, bibliografski sistem Cobiss. Pregledali smo domačo in tujo strokovno literaturo. Uporabili smo ključne besede v slovenskem jeziku: miokardni infarkt, zdravstvena vzgoja, dejavniki tveganja, srčno žilne bolezni, rehabilitacija, hipertenzija. V angleškem jeziku: myocardial infarction, patient education, coronary disease, risc factors, hypertension.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki vprašalnika. Vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregleda domače in tuje literature (Trampuš, 2005; Hoyer, 2005; Ocepek, 2008; Reiner, 2008; Kvas, 2011; Wiggins et. al., 2013). Vprašalnik je vseboval 19 trditev in je bil sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop je vseboval demografske podatke, ki so bili sestavljeni iz treh zaprtih vprašanj (spol, izobrazba, leta delovne dobe). V drugem sklopu so se anketiranci do trditev opredelili s pomočjo Likertove lestvice. Uporabili smo petstopenjsko ordinalno lestvico stališč. Posamezne vrednosti so definirane z oceno od 1 do 5. Prvi del trditev v drugem sklopu se je nanašal na mnenja in stališča anketirancev o zdravstvenovzgojnem delu pri pacientu z AMI. Ocena 1 je v prvem delu pomenila, da se anketiranci z navedeno trditvijo sploh ne strinjajo, ocena 5 pa, da se z navedeno trditvijo zelo strinjajo.. Pri Pri drugem delu drugega sklopa so bile trditve usmerjene k ocenjevanju anketirancev o pomembnosti dejavnikov tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj zdravstvenim delavcem. Trditve tretjega dela drugega sklopa so so bile usmerjene k ocenjevanju anketirancev o pomembnosti ozaveščanja pacientov z AMI z vsebinami v okviru izvedbe zdravstveno vzgojnega dela. Ocena 1 je pomenila, da se anketirancem navedena trditev sploh ne zdi pomembna, ocena 5 pa, da se jim zdi zelo pomembna. V četrtem delu drugega sklopa so

anketiranci ocenjevali, kako pogosto uporabljajo metode pri ZVD pacienta z akutnim miokardnim infarkt in kako pogosto upoštevajo določene značilnosti pri izbrani metodi. Ocena 1 je pomenila, da nikoli ne uporabljajo navedene metode dela in 5, da jo uporabljajo zelo pogosto. Zanesljivost vprašalnika je bila preverjena s pomočjo Cronbachovega koeficienta alfa.

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika po sklopih

Sklop	Cronbach's Alpha	n
A	0.63	9
B	0.83	7
C	0.79	9
D	0.63	9
Skupaj	0.84	34

Legenda: n- število vprašanj

Skupna zanesljivost vprašalnika je bila 0,84. Najvišja zanesljivost pa je bila v sklopu B z vprašanjem "Ocenite navedene trditve, ki se nanašajo na vaša stališča in mnenja o zdravstveno vzgojnem delu" (0,83), najnižja pa v sklopih A z vprašanji "Ocenite navedene trditve, ki se nanašajo na vaša stališča in mnenja o zdravstveno vzgojnem delu, pri pacientu z AMI in B "Ocenite navedene trditve, ki se nanašajo na vaša stališča in mnenja o zdravstveno vzgojnem delu, pri pacientu z AMI (0,63).

Zanesljivost vprašalnika je boljša, ko je Cronbachov koeficient alfa bliže vrednosti števila 1. Če znaša koeficient 0,80 ali več je zanesljivost instrumenta zelo dobra, pri vrednosti 0,60-0,80 je zmerna in pri vrednosti koeficienta manj kot 0,60 slaba. Prav tako tudi, če ni podatka o zanesljivosti (Cenčič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo namenski vzorec anketiranja. Zajemal je 60 zaposlenih. Vprašalnik je bil razdeljen med diplomirane medicinske sestre Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKC LJ), zaposlene na kliničnih oddelkih za kardiologijo in hipertenzijo.

Skupno je bilo razdeljenih 60 vprašalnikov. Na Kliničnem oddeleku za hipertenzijo je bilo razdeljenih 24 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 24, kar pomeni 100 % realizacijo. Na Klinični oddelek za kardiologijo je bilo poslanih 36 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 27, kar pomeni 75 %. Skupno je bilo vrnjenih 51 vprašalnikov, kar pomeni 85 %.

V raziskavi je sodelovalo 47 žensk (92,16 %) in 4 moški (7,84 %), kar je razvidno iz tabele 2. Najmlajši anketiranec je imel 24 let, najstarejši pa 61. Starih do 30 let je bilo 14 anketirancev (27,5 %), od 31-35 let 9 (17,6 %), od 36-40 let 7 (13,7 %), 41-45 let 3 (5,9 %), 46-50 let 9 (17,6 %), 51-55 let 5 (9,8 %) in 56 let in več 4 (7,8 %). Minimalno trajanje njihove delovne dobe je 1 leto, maksimalno pa 38. Trajanje delovne dobe od 1-5 let je imelo 14 anketirancev (27,45 %), 6-15 let 12 (23,53 %), 16-25 let 11 (21,57 %) in 26-38 let 14 (27,45%) (tabela 2).

Tabela 2: Demografske značilnosti

Spremenljivka		n	%
Spol	ženski	47	92,16%
	moški	4	7,84%
Oddelek	Klinični oddelek za kardiologijo	27	52,94%
	Klinični oddelek za hipertenzijo	24	47,06%
Starost (v letih)	do 30	14	27,45%
	31-35	9	17,65%
	36-40	7	13,73%
	41-45	3	5,88%
	46-50	9	17,65%
	51-55	5	9,80%
	56 in več	4	7,84%

spremenljivka		n	%
Delovna doba(leta)	1-5	14	27,45%
	6-15	12	23,53%
	16-25	11	21,57%
	26-38	14	27,45%

Legenda: n-število anketirancev, % - odstotek

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po predhodni pridobitvi soglasja Skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi UKC LJ za izvajanje ankete je bila raziskava opravljena med diplomiranimi medicinskimi sestrami na kliničnih oddelkih za hipertenzijo in kardiologijo UKC LJ v decembru 2015 in januarju 2016.

Pri zbiranju rezultatov raziskave je bila zagotovljena anonimnost.

Pridobljene podatke smo obdelali z računalniško statističnim programom SPSS (Statistical Package for Social Sciences) verzija 22.0.

Uporabili smo opisno statistiko, za analizo razlik smo uporabili, t-test za neodvisne vzorce in enofaktorsko analizo – ANOVO. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

3.4 REZULTATI

Tabela 3 nam poda rezultate, da so anketiranci s povprečno vrednostjo (PV) 4,84 in standardnim odklonom (SO) 0,418 odgovorili, da je izvajanje zdravstveno vzgojnega dela pri pacientu z AMI pomembno. Visoke ocene so anketiranci podali tudi pri trditvah, da z zdravstveno vzgojnim delom pripomoremo k ozaveščanju o dejavnikih tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj (PV = 4,76; SO = 0,428), da z zdravstveno vzgojnim delom pripomoremo k zmanjševanju zapletov pacinetov z AMI kot so ponovni AMI in bolečine (PV = 4,53; SO = 0,578), da si morajo zdravstveni delavci vzeti čas za zdravstveno vzgojno delo (PV = 4,63, SO = 0,528).

Nižje ocene so pri trditvah, da jim zdravstveno vzgojno delo vzame pri delu veliko časa (PV = 3,45; SO = 0,986), da so zdravstveni delavci uspešni pri zdravstveni vzgoji

pacienta z AMI (PV =3,69 ; SO = 0,735) in da so zdravstveni delavci dovolj usposobljeni za zdravstveno vzgojno delo (PV =3,61; SO = 0,802) .

Tabela 3: Stališča in mnenja zdravstvenih delavcev o zdravstveno vzgojnem delu pri pacinetu z akutnim miokardnim infarktom

TRDITVE	n	PV	SO
Izvajanje zdravstveno vzgojnega dela pri pacientu z akutnim miokardnim infarktom je pomembno.	51	4,84	0,418
Z zdravstveno vzgojnim delom pripomoremo k ozaveščanju o dejavnih tveganja za nastanek srčno – žilnih obolenjih.	51	4,76	0,428
Z zdravstveno vzgojnim delom pripomoremo k zmanjševanju zapletov pacientov z akutnim miokardnim infarktom (ponovni akutni kiokardni infarkt, bolečine v prsih,.)	51	4,53	0,578
Zdravstvena vzgoja se prične s sprejemom pacienta na oddelek.	51	4,35	0,976
Menim, da mi zdravstveno vzgojno delo vzame pri delu veliko časa.	51	3,45	0,986
Menim, da zdravstveno vzgojno delo pripomore pri rehabilitaciji pacienta.	51	4,55	0,577
Menim, da si moramo zdravstveni delavci vzeti čas za zdravstveno vzgojno delo.	51	4,63	0,528
Zdravstveni delavci so uspešni pri zdravstveno vzgojnem delu pacienta z akutnim miokardnim infarktom	51	3,69	0,735
Zdravstveni delavci so za zdravstveno vzgojno delo dovolj usposobljeni	51	3,61	0,802

n = število anketirancev; PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti/niti neopredeljeno, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam); SO = standardni odklon

Iz tabele 4 izhaja, da so se anketiranci v celoti strinjali o pomembnosti dejavnikov tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj, saj so pri vseh trditvah ocenili PV = 4,53 in

več. Najvišjo oceno so podali dejavnikom tveganja povišan krvni tlak (PV = 4,84; SO = 0,367), stres (PV = 4,80; SO = 0,448) in kajenje (PV = 4,67; SO = 0,554). Malo nižjo oceno so podali dejavnikom tveganja nezdrava prehrana (PV = 4,53; SO = 0,578), debelost (PV = 4,55; SO = 0,642), telesna nedejavnost (PV = 4,59; SO = 0,638) in povišan holesterol (PV = 4,63; SO = 0,662).

Tabela 4: Mnenje zdravstvenih delavcev o pomembnosti dejavnikov tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj

TRDITVE	N	PV	SO
Kajenje	51	4,67	0,554
Povišan holesterol	51	4,63	0,662
Stres	51	4,80	0,448
Povišan krvni tlak	51	4,84	0,367
Nezdrava prehrana	51	4,53	0,578
Debelost	51	4,55	0,642
Telesna nedejavnost	51	4,59	0,638

N = število anketirancev; PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5: 1 – sploh ni pomembno, 2 – ni pomembno, 3 – niti/niti neopredeljeno, 4 – pomembno, 5 – zelo pomembno.); SO = standardni odklon

Tabela 5 nam poda rezultate, da so se anketiranci v celoti strinjali o pomembnosti ozaveščanja pacientov z AMI z navedenimi vsebinami v okviru zdravstveno vzgojnega dela, saj so pri vseh trditvah ocenili PV = 4,22 in več. Najvišjo oceno so podali vsebinam o opustitvi kajenja (PV = 4,69; SO = 0,469), o obvladovanju stresa (PV = 4,69; SO = 0,510), o spremembi prehranskih navad (PV = 4,59; SO = 0,572), o redni telesni aktivnosti (PV = 4,59; SO = 0,606), o redni kontroli krvnega tlaka (PV = 4,55; SO = 0,541). Nižje ocene so podali vsebinam o redukciji telesne teže (PV = 4,45; SO = 0,642), o rednih kontrolnih pregledih pri zdravniku (PV = 4,39; SO = 0,777), o redni kontroli holesterola (PV = 4,39; SO = 0,723) in redni kontroli krvnega sladkorja (PV = 4,22; SO = 0,730).

Tabela 5: Mnenje zdravstvenih delavcev o ozaveščanju pacientov z akutnim miokardnim infarktom z navedenimi vsebinami v okviru izvedbe zdravstveno vzgojnega dela

TRDITVE	n	PV	SO
Redna kontrola krvnega tlaka	51	4,55	0,541
Redna kontrola holesterola	51	4,39	0,723
Redna kontrola krvnega sladkorja	51	4,22	0,730
Opustitev kajenja	51	4,69	0,469
Obvladovanje stresa	51	4,69	0,510
Redukcija telesne teže	51	4,45	0,642
Redna telesna aktivnost	51	4,59	0,606
Redni kontrolni pregledi pri zdravniku	51	4,39	0,777
Spremembe prehranskih navad	51	4,59	0,572

n= število anketirancev; PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5: 1 – sploh ni pomembno, 2 – ni pomembno, 3 – niti/niti neopredeljeno, 4 – pomembno, 5 – zelo pomembno); SO = standardni odklon

V tabeli 6 so rezultati ocen pogostosti uporabe metod pri zdravstveno vzgojnem delu pacienta z AMI, kjer so anketiranci s PV = 4,12 in SO = 1,032 odgovorili, da uporabljajo individualno izobraževanje. Manj jih uporablja skupinsko izobraževanje, saj so odgovorili s PV = 2,53 in SO = 1,155. Anketiranci so s PV = 3,78 in SO = 1,205 odgovorili, da najpogosteje uporabljajo besedilne metode, manjše število anketirancev pa je ocenilo, da uporablja ilustrativno demonstrativne metode. Pri izbiri metode je po mnenju anketirancev najpomembnejša vsebina zdravstveno vzgojnega dela (PV = 4,51; SO = 0,644) in čas, ki ga imajo za izvajanje (PV = 4,43; SO = 0,640). Manj pomemben

pri izbiri se jim zdi cilj, ki ga želijo doseči (PV = 4,31; SO = 0,812), velikost skupine (PV = 4,06; SO = 1,008) in značilnosti udeležencev, kot so spol, starost in zdravstvene težave (PV = 4,00; SO = 0,917).

Tabela 6: Pogostost uporabe metod pri zdravstveno vzgojnem delu pacienta z akutnim miokardnim infarkt in pogostost upoštevanja značilnosti pri izbiri metode

TRDITVE	n	PV	SO
Individualno izobraževanje	51	4,12	1,032
Skupinsko izobraževanje	51	2,53	1,155
Besedilne metode	51	3,78	1,205
Ilustrativne- demonstrativne metode	51	2,92	1,246
Pri izbiri metode so pomembne značilnosti udeležencev (spol, starost, zdravstvene težave).	51	4,00	0,917
Pri izbiri metode je pomemben cilj, ki ga želimo doseči.	51	4,31	0,812
Pri izbiri metode je pomembna vsebina zdravstveno vzgojnega dela..	51	4,51	0,644
Pri izbiri metode je pomembna velikost skupine.	51	4,06	1,008
Pri izbiri metode je pomemben čas, ki ga imamo.	51	4,43	0,640

n = število anketirancev; PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno);
SO = standardni odklon

V tabeli 7 so prikazane razlike med pomembnostjo izvedbe zdravstveno vzgojnega dela zdravstvenih delavcev pri pacientih z AMI glede na leta delovne dobe. Med vsemi (51) anketiranci, jih je 44 odgovorilo z zelo se strinjam. V skupini z delovno dobo od 1-5 let se je 25% anketirancev zelo strinjalo, v skupini 6-15 let se jih je zelo strinjalo 27,27%,

od 16-25 let 25% in od 25-38 let 22,73%. Med tistimi, ki so odgovorili s se strinjam so bili 3 anketiranci z delovno dobo od 1-5 let in 3 z delovno dobo od 25-38 let.

Tabela 7: Razlike o pomembnosti izvedbe zdravstveno vzgojne dejavnosti zdravstvenih delavcev pri pacientih z akutnim miokardnim infarktom glede na leta delovne dobe

Izvajanje zdravstveno vzgojnega dela pri pacientu z akutnim miokardnim infarktom je pomembno.	Delovna doba (leta)				Total
	1-5	6-15	16-25	25-38	
niti/niti neopredeljeno	0	0	0	1	1
	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
se strinjam	3	0	0	3	6
	50,00%	0,00%	0,00%	50,00%	100,00%
zelo se strinjam	11	12	11	10	44
	25,00%	27,27%	25,00%	22,73%	100,00%
Skupaj	14	12	11	14	51
	27,45%	23,53%	21,57%	27,45%	100,00%

Z ANOVO smo želeli ugotoviti, ali obstajajo statistično pomembne razlike med izvedbo zdravstveno vzgojne dejavnosti in delovno dobo (tabela 8). Statistično pomembnih razlik glede na delovno dobo nismo ugotovili.

Tabela 8: Razlike med pomembnostjo izvedbe zdravstveno vzgojne dejavnosti zdravstvenih delavcev pri pacientu z akutnim miokardnim infarktom glede na delovno dobo (ANOVA)

	Trditev	n	AS	SO	F	ANOVA (p)
trditev	Izvajanje zdravstveno vzgojnega dela pri pacientu z akutnim miokardnim infarktom je pomembno	51	0,484	0,418	2,429	0,077

n= število študentov zdravstvene nege; F = vrednost koeficienta; AS = aritmetična sredina; SO = standardni odklon; p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

V tabeli 9 so prikazani rezultati t-testa, kjer smo najprej preverili, če je zadoščeno pogoju homogenosti, kar nam povejo rezultati Levenovega testa. Rezultat t-testa je 0,876. Sig. je $> 0,05$, kar pomeni, da je variabilnost pri obeh pogojih (Klinični oddelek za kardiologijo in Klinični oddelek za hipertenzijo) približno enaka. Statistično značilne razlike po oddelkih niso prisotne, saj je statistična značilnost večja od 0,05.

Tabela 9: Rezultati t-testa glede na oddelek

Trditev	Oddelek	n	Povprečje	Standardni odklon	t-test (p)
Izvajanje zdravstveno vzgojnega dela pri pacientu z akutnim miokardnim infarktom je pomembno.	Klinični oddelek za kardiologijo	27	4,85	0,36	0,876
	Klinični oddelek za hipertenzijo	24	4,83	0,48	

Legenda: n=število anketirancev

3.5 RAZPRAVA

Namen naše raziskave je bil ugotoviti pomen izvajanja zdravstveno vzgojnega dela medicinskih sester pri pacientu z AMI. Zanimala sta nas pomembnost izvedbe in pomembnost vsebin zdravstveno vzgojnega dela zdravstvenih delavcev pri pacientu z AMI ter pogostost uporabe različnih metod zdravstveno vzgojnega dela, torej katere metode zdravstveni delavci uporabljajo pri pacientu z AMI. Želeli smo ugotoviti, kaj zdravstveni delavci menijo o pomembnosti določenega dejavnika tveganja za nastanek

srčno žilnih obolenj in najti razliko med pomembnostjo izvedbe zdravstveno vzgojnega dela zdravstvenih delavcev pri pacientu z AMI glede na leta delovne dobe.

Na osnovi podatkov raziskave o upoštevanju vsebin, ki so jim bile dane z zdravstveno vzgojnim delom, je Hostarjeva (2012) ugotovila, da je 67 % anketirancev po prebolelem AMI postalo telesno dejavnejših, 63 % jih je spremenilo prehranjevalne navade, 40 % se jih je začelo izogibati stresu, 33 % jih je zmanjšalo telesno težo, 27 % jih je zmanjšalo kajenje in 10 % popolnoma opustilo kajenje.

Iz naše raziskave izhaja, da je za večino anketiranih medicinskih sester izvajanje zdravstveno vzgojnega dela pri pacientih z AMI pomembno.

Prav tako se vse anketirane medicinske sestre strinjajo s trditvijo, da z zdravstveno vzgojnim delom pripomoremo k ozaveščanju pacientov o dejavnikih tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj. Večina medicinskih sester tudi meni, da z zdravstveno vzgojnim delom pripomorejo k zmanjševanju zapletov pri pacientih z AMI.

Zurc s sodelavci (2010) poudarja, da je zdravstvena vzgoja strokovna in znanstvena disciplina, ki predstavlja proces učenja o zdravju z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad in vedenj zdravega življenjskega sloga, katere namen je spodbujati posameznika k ohranitvi lastnega zdravja.

Hoyer (2005) opisuje zdravstveno vzgojo kot pomemben temelj s katerim se trudimo preprečevati ali vsaj odložiti nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni in je kombinacija vzgoje in učenja.

McLean & Timmins (2007) sta v raziskavi, ki sta jo izvedla med 15 partnerji pacientov, ki so preboleli AMI, ugotovila kakšne so njihove izkušnje glede pridobivanja informacij o AMI v času hospitalizacije od zdravstvenega osebja. Potožili so, da so pogosto izločeni pri izobraževanju in informiranju o AMI. V raziskavi so ugotovili, da je pri predajanju informacij zelo pomembno zaupanje, saj so imeli partnerji večkrat občutek, da so prejeli manj informacij kot pacient. Veliko jih je izrazilo željo po sodelovanju pri rehabilitaciji v času hospitalizacije, kar jim je veliko pripomoglo tudi pri rehabilitaciji doma po odpustu iz bolnišnice.

Fras (2014) opisuje obseg razširjenosti dejavnikov tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj glede na presejalne preglede, kateri so bili izvedeni s strani Nacionalnega programa preventive bolezni srca in žilja pri odraslih. Ugotovili so, da je bilo med preiskovanci 24,3% kadilcev, 43,6% nezadostno telesno aktivnih, 71% jih je imelo povišano telesno težo, 66,2% zvišano vrednost holesterola v krvi, 32,5% zvišan krvni tlak in 19,1% zvišane vrednosti sladkorja v krvi.

Raziskava, katero so Xu s sodelavci (2009), izvedli na kitajski populaciji je pokazala, da stresne situacije na delovnem mestu pospešujejo zaplete pri koronarni bolezni. V raziskavi so zajeli paciente, ki so imeli že znano koronarno bolezen ali sum na njo in so že opravili koronarografijo. Ocenjevali so s pomočjo modela, ki vsebuje veliko truda, nagrado in preobremenjenost. Ugotovili so, da stres na delovnem mestu predstavlja enega večjih dejavnikov tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj.

Iz naše raziskave izhaja, da se anketirane medicinske sestre zavedajo obsega razširjenosti dejavnikov tveganja med populacijo. Večina se je strinjala, da med pomembnejše vsebine pri izvajanju zdravstveno-vzgojnega dela pri pacientu z AMI spadajo redna kontrola krvnega tlaka, vrednosti holesterola v krvi, opustitev kajenja, obvladovanje stresa, zmanjšanje telesne teže, sprememba prehranskih navad in redna telesna dejavnost. Malo manj pa se jih je strinjalo s trditvama, da so pomembne vsebine tudi redni kontrolni pregledi pri zdravniku in redne kontrole sladkorja v krvi.

Po rezultatih raziskave večina anketiranih medicinskih sester pri izvajanju zdravstveno-vzgojnega dela pri pacientu z AMI uporablja metodo individualnega izobraževanja, manj kot polovica pa metodo skupinskega izobraževanja. Najpogosteje jih več kot polovica uporablja besedilne metode, manj kot polovica pa ilustrativno- demonstrativne metode. Pri odločitvi o izbiri metode zdravstveno-vzgojnega dela se dvema tretjinama vprašanih medicinskih sester zdijo pomembne značilnosti udeležencev (spol, starost, zdravstvene težave), enakemu številu se pri izbiri zdi pomemben tudi cilj, ki ga želimo z zdravstveno-vzgojnim delom doseči. Več kot polovici se zdi pri izbiri metode pomembna vsebina zdravstveno-vzgojnega dela in velikost skupine udeležencev pri zdravstveni vzgoji. Večina medicinskih sester meni, da je pri izbiri metode pomemben čas, ki ga imajo na voljo za izvedbo zdravstvene vzgoje.

Pri izobraževanju pacienta je pomembno upoštevati pacientovo zdravstveno stanje, individualne potrebe in njegove želje. Medicinska sestra mora izbrati primerne učne oblike in metode dela, zlasti takšne, ki pacientom omogočajo samostojno delo pri pridobivanju novega znanja, spretnosti in veščin (Kvas & Seljak, 2004). Prav tako je potrebno s pacientom vzpostaviti sproščujoč in zaupen odnos (Kvas, 2011).

Junehag s sodelavci (2014), je opravil raziskavo, v katero je vključil 20 pacientov obeh spolov v prvem letu po njihovem prvem prebolelem AMI. Enajstim izmed njih so ponudili mentorje, ki so prav tako preboleli AMI in so se izkazali kot dobra podpora. Niso pa z raziskavo v celoti dokazali, da so mentorji kakor koli vplivali na spremembo njihovega življenjskega sloga. Pri pacientih po prebolelem AMI so opazili strah pred ponovnimi srčnimi težavami, ki je največ vplival na njihovo gibanje in vsakdanje delo. Pri rehabilitaciji in spremembi življenjskega sloga po prebolelem AMI sta zelo pomembna telesna vadba in dober socialni položaj. Veliko pa pripomore tudi podpora in razumevanje osebja, kar nanje dobro psihično vpliva.

Wiggins, et. al., (2013), navajajo, da se pacienti v Združenih državah Amerike najbolje naučijo oziroma zapomnijo zdravstveno vzgojo iz ilustrativno-demonstrativne metode. Omenjajo opažen napredek pri izvajanju zdravstvene vzgoje preko napredne tehnologije (e mail, mobilni telefon, internet). Menijo, da je povratna informacija zelo pomembna pri izvajanju zdravstvene vzgoje. To razlagajo kot dokaz, da je pacient razumel vsebino zdravstvene vzgoje in se zaveda njene pomembnosti.

V UKC LJ so leta 2005 na kliničnem oddelku za kardiologijo po končanem predavanju vprašali paciente po prebolelem miokardnem infarktu in z nestabilno angino pectoris, kateri način zdravstvene vzgoje, skupinski ali individualni, jim je bližji. 73 % se bolj navdušuje nad skupinsko zdravstveno vzgojo, 17 % pa jih je želelo individualno obravnavo (Trampuš, 2005)

Čuk (2006) piše, da v delo medicinske sestre spada tudi varovanje pacientove zasebnosti, zaradi česar se najpogosteje uporablja individualno metodo izvajanja zdravstvene vzgoje in delo v manjših skupinah zaradi možnosti prilagajanja.

Zanimalo nas je tudi, kako pomembni se zdijo zdravstvenim delavcem dejavniki tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni. Ugotovili smo, da se vsi anketirani zdravstveni delavci strinjajo, da je pomemben dejavnik tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni povišan krvni tlak, skoraj vsi so se strinjali, da sem sodijo tudi nezdravo prehranjevanje, kajenje, povišane vrednosti holesterola v krvi. Malo manj se jih je strinjalo s trditvijo, da sta debelost in telesna nedejavnost pomembna dejavnika tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni.

Ugotovili smo, da se mnenja o pomembnosti zdravstveno-vzgojega dela pri pacientu z AMI glede na leta delovne dobe ne razlikujejo prav veliko. Vsi anketirani zdravstveni delavci so se strinjali s trditvijo, da je izvajanje zdravstveno-vzgojnega dela pri pacientu z AMI pomembno.

Raziskava ima pomanjkljivost, da je bil vanjo vključen manjši vzorec, zato rezultatov ne moremo posploševati na celotno populacijo. Opravljena je bila le v UKC LJ, kar pomeni, da so to mnenja zaposlenih le v tej zdravstveni ustanovi. Menimo, da bi bilo smiselno zbrati mnenje zdravstvenih delavcev tudi drugih bolnišnic, kardioloških oddelkov in ambulant v Sloveniji. Tako bi dobili širši vpogled v mnenje o pomembnosti zdravstveno vzgojnega dela nasploh in uporabnosti različnih metod dela s pacienti.

4 ZAKLJUČEK

Zdravstvena vzgoja je ključna pri rehabilitaciji pacienta z AMI. Zdravstveni delavci so pomemben člen pri izvajanju zdravstvene vzgoje. Zelo pomembni so tudi pri pomoči, učenju in seznanjanju pacienta s koronarno boleznijo.

Temeljni cilj naše raziskave je bil ugotoviti pomembnost izvajanja zdravstveno vzgojnega dela zdravstvenim delavcem pri pacientih z AMI. Ugotovili smo, da se zdravstvenim delavcem zdi izvajanje zdravstveno vzgojnega dela pomembno, saj z njim pripomorejo k ozaveščanju pacientov o dejavnikih tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj in k zmanjševanju zapletov. V naši raziskavi smo ugotovili, da zdravstveno vzgojno delo pripomore k rehabilitaciji pacienta z AMI, ter da si je za izvajanje zdravstveno vzgojnega dela potrebno vzeti čas. Pri primerjavi ugotovitev o mnenju o pomembnosti zdravstveno vzgojnega dela, se niso pojavile nobene razlike glede na leta delovne dobe zdravstvenih delavcev. V raziskavi smo ugotovili tudi, da so zdravstveni delavci mnenja, da jih ni dovolj usposobljenih za izvajanje zdravstveno vzgojnega. Dejavniki tveganja so zelo pomemben člen zdravstveno vzgojnega dela. Tega se zavedajo tudi zdravstveni delavci. Pri svojem delu se največ poslužujejo individualne metode zdravstvene vzgoje, s katero lahko zagotovijo zasebnost in varovanje podatkov pacienta.

Zdravstveno vzgojno delo na primarni, sekundarni in terciarni ravni je zelo pomembno za zmanjšanje pojavnosti srčno žilnih obolenj. Z dobro organizirano zdravstveno vzgojo se lahko pacientom bistveno izboljša kvaliteto življenja in se jim pomaga živeti kakovostno življenje kljub bolezni.

Da bi lažje dosegli dobro organiziranost in znanje, bi bilo smiselno v izobraževalni načrt vključiti izobraževanje oziroma usposabljanje zdravstvenih delavcev za zdravstveno vzgojo. Potekalo bi v skupini v obliki pogovora z zdravstvenimi delavci, ki imajo večletne izkušnje z opravljanjem zdravstveno vzgojnega dela in kjer bi si lahko medsebojno izmenjali izkušnje in izpopolnjevali znanje.

5 LITERATURA

Bilban, M., 2009. Kako prepoznati stres v delovnem okolju. In: A. Kvas, Đ. Sima & B.M. Kaučič, eds. *Preprečimo, da nas strese stres na delovnem mestu: zbornik predavanj. Ljubljana, 16. oktober 2009.* Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 21-33.

Cenčič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje. Primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave.* Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; p. 120.

Chandola, T., Britton, T., Brunner, E., Hemingway, H., Malik, M., Kumari, M., Badrick, E., Kiwimaki, M. & Marmot, M., 2008. Work stress and coronary heart disease: What are the mechanisms. *European heart journal*, 29(5), pp. 640-648.

Čuk, M., 2006. Zdravstvena nega in rehabilitacija bolnikov po akutnem koronarnem sindromu. In: M. Bohnec, M. Tomažin Šporar, J. Klavs, A. Krašovec & B. Žargaj, eds. *Sladkorna bolezen - priručnik.* Ljubljana: Samozaložba, pp. 336-345.

Djomba, J.K., 2012. Telesna dejavnost. In: Z.J. Mavčec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletel Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije.* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije, pp. 51-69.

Dobovišek, J., 2007. Zdravljenje arterijske hipertenzije. In: P. Dolenc, ed. *XVI. Strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo: zbornik. Portorož, 29. - 30. november 2007.* Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo, pp. 27-33.

Eriksson, I. & Nilsson, K., 2008. Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling - an interview study. *Journal of clinical nursing*, 17(17), pp. 2352-2359.

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

Gradecki, I. & Bunc, M., 2010. In: M. Bunc & I. Gradecki, eds. *Novosti v zdravljenju koronarne bolezni. Novo Mesto, 17. april 2010.* Slovenske Konjice: Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini, p. 5.

Gričar, M., 2008. Diagnoza in zdravljenje bolnikov z miokardnim infarktom. In: A. Kvas, ed. *Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno žilnih bolnikov: zbornik predavanj. Bled, 14. november 2008.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija-zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 9-14.

Gričar, M., 2010. Ocena bolnika s koronarno boleznijo v ambulantni spremljanje bolnika s kronično koronarno boleznijo in pridruženimi boleznimi. In: M. Bunc & I. Gradecki, eds. *Novosti v zdravljenju koronarne bolezni. Novo Mesto, 17. april 2010.* Slovenske Konjice: Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini, pp. 72-75.

Hlastan Ribič, C., Maučec Zakotnik, J., Krajnc, M. & Šerona, A., 2012. Prehranjevanje. In: J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletel Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije.* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 31-46.

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

Hoyer, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, pp. 5-50.

Jug, B., 2013. Obvladovanje dejavnikov tveganja za aterosklerozo. In: P. Dolenc, ed. *XXII. Strokovni sestanek sekcije za hipertenzijo: zbornik. Ljubljana, 6. december 2013.* Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za hipertenzijo, pp. 51-55.

Junehag, L., Asplund, K. & Svedlund, M., 2014. Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), pp. 289-295.

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

Kocijančič, A., Mrevlje, F. & Štajer, D., 2005. In: A. Kocijančič, F. Mrevlje & D. Štajer, eds. *Interna medicina*. Ljubljana: Littera picta, pp. 184-290.

Koprivnikar, H., 2012. Kajenje. In: J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletel Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 73-87.

Kruhar Lorger B., 2009. Bolnik po srčnem infarktu. *Za srce*, (2), p. 6.

Kvas, A., 2004. Zdravstvena vzgoja pacienta s koronarno boleznijo. In: L. Marinč., A. Kvas & M. Mazi, eds. *Novosti pri zdravljenju pacientov z akutnim miokardnim infarktom, XIII. strokovno srečanje: zbornik predavanj. Radenci, 4.- 5. junij 2004*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije - zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija MS in ZT v kardiologiji in angiologiji, pp. 37-43.

Kvas, A. & Seljak, J., 2004. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, pp.10-20.

Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo?. In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja - moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana, 2011*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 33-45.

Lopes Oliveira, T., De Paula, M. L., De Sousa Fernandes, P. & Prates Caldeira, A., 2013. Effectiveness of education in health in the non - medication treatment of arterial hypertension. *Acta Paul Enferm*, 26(2), pp. 179-184.

McLean, S. & Timmins, F., 2007. An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. *British Association of Critical Care Nurses*, 12(3), pp. 141-148.

Milošević, M., 2006. Vloga telesne aktivnosti pri regulaciji telesne teže. In: R. Pandel Mikuš & A. Kvas, eds. *Oblikovanje celostnega pristopa k ohranjanju in krepitvi zdravja - prehrana, gibanje in pozitivna samopodoba: zbornik predavanj. Ljubljana, november 2006*. Ljubljana: Strokovno združenje nutricionistov in dietetikov, pp. 45-51.

Miložič, L. & Lešnik, A., 2015. Aktivnosti medicinske sestre v ambulanti internistične nujne pomoči pri akutnem miokardnem infarktu. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina, Izbrana poglavja, 22. Mednarodni simpozij o urgentni medicini: zbornik. Portorož, 18. - 19. junij 2015*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 300-303.

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

Pfeifer, M., 2007. Debelost in tveganje za srčno žilne bolezni. In: P. Dolenc, ed. *XVI. strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo: zbornik. Portorož, 29. - 30. november 2007*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo, pp. 57-63.

Reiner, Ž., 2008. Vloga prehrane u prevenciji in terapiji kardiovaskularnih bolesi. *Medicus*, 17(1), pp. 93-99.

Salobir, B., 2013. Spremembe življenjskega stila in farmakološko zdravljenje. In: P. Dolenc, ed. *XXII. Strokovni sestanek sekcije za hipertenzijo: zbornik. Ljubljana, 6. december 2013*. Ljubljana: Sekcija za hipertenzijo, pp. 29-33.

Starc, R., 2009. Stres in njegove posledice na srčno - žilni sistem. In: A. Kvas, Đ. Sima & B. M. Kaučič, eds. *Preprečimo, da nas stresa stres na delovnem mestu*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 11-16.

Trampuš, I., 2005. Organizirano učenje srčno žilnih pacientov na kliničnem oddelku za kardiologijo. In: A. Kvas & L. Marinč, eds. *Zdravstvena vzgoja srčno žilnih bolnikov XVI strokovno srečanje: zbornik predavanj. Otočec, oktober 2005*. Ljubljana: Zbornica

zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 32-33.

Tygesen, K., Alpert, S.J. & White, D.H., 2007. Universal Definition of Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 28(20), pp. 2525-2538.

Urbančič Rovan, V. & Vrtovec, M., 2006. Srčno - žilna ogroženost sladkornih bolnikov. In: M. Bohnec, M. Tomažin Šporar, J. Klavs, A. Krašovec & B. Žargaj. eds. *Sladkorna bolezen: priročnik*. Ljubljana: Samozaložba, pp. 326-239.

Vodopivec Jamšek, V., 2005. Pristop k bolniku s hiperlipidemijo. In: J. Kersnik, ed. *VII Fajdigovi dnevi, Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje: zbornik predavanj. Kranjska Gora, 14. - 15. oktober 2005*, Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, pp. 21-27.

Zurc, J., Torkar T., Bahun, M. & Ramšak Pajk, J., 2010. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: B. Skela Savić, B.M. Kaučič, B. Filej, K. Skinder Savić, M. Mežek Veber, K. Romih, S. Pivač, J. Zurc, A. Prebil, M. Bahun, V. Čuk & P. Kersnič, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 52-62.

Wiggins, S.B., Rodgers, E.J., DiDomenic, J.R., Cook, M.A. & Page, L.R., 2013. Discharge counseling for patients with heart failure or myocardial infarction: a best practices model developed by members of the american college of clinical pharmacists cardiology practice and research network based on the hospital to home initiative. *The journal of human pharmacology and drug therapy*, 33(5), pp. 558-578.

Xu, W., Zhao, Y., Guo, L., Guo, Y. & Gao, W., 2009. Job stress and coronary heart disease: A case - control study using a Chinese population. *Journal of Occupational Health*, 51(2), pp. 107-113.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA

Spoštovani!

Sem Andreja Sušnik, študentka Fakultete za Zdravstvo Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom Zdravstvena vzgoja in vloga medicinske sestre pri pacientu z akutnim miokardnim infarkt, pod mentorstvom Sanele Pivač, pred. Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, anketa je anonimna. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za namen priprave diplomskega dela. Za sodelovanje se vam v naprej najlepše zahvaljujem.

1. Sklop: Demografski podatki

A. Spol:

1. Ženski
2. Moški

B. Starost (leta):

C. Klinični oddelek, na katerem ste zaposleni:

1. KO za kardiologijo
2. KO za hipertenzijo

D. Delovna doba (leta):

2. Sklop: Stališča in mnenja zdravstvenih delavcev o zdravstveno vzgojnem delu pacienta z akutnim miokardnim infarktom.

A. Ocenite navedene trditve, ki se nanašajo na vaša stališča in mnenja o zdravstveno vzgojnem delu (ZVD), pri pacientu z akutnim miokardnim infarktom (AMI):

- 1- Se sploh ne strinjam
- 2- Se ne strinjam
- 3- Niti/niti neopredeljeno
- 4- Se strinjam
- 5- Zelo se strinjam

TRDITEV	OCENA				
Izvajanje ZVD pri pacientu z AMI je pomembno.	1	2	3	4	5
Z ZVD pripomoremo k ozaveščanju o dejavnikih tveganja za nastanek srčno – žilnih obolenjih.	1	2	3	4	5
Z ZVD pripomoremo k zmanjševanju zapletov pacientov z AMI (ponovni AMI, bolečine v prsih, ...)	1	2	3	4	5
Zdravstvena vzgoja se prične s sprejemom pacienta na oddelek.	1	2	3	4	5
Menim, da mi ZVD vzame pri delu veliko časa.	1	2	3	4	5
Menim, da ZVD pripomore pri rehabilitaciji pacienta.	1	2	3	4	5
Menim, da si moramo zdravstveni delavci vzeti čas za ZVD.	1	2	3	4	5
Zdravstveni delavci so uspešni pri ZVD pacienta z AMI	1	2	3	4	5
Zdravstveni delavci so za ZVD dovolj usposobljeni	1	2	3	4	5

B. Kako pomembni se vam zdijo spodaj navedeni dejavniki tveganja za nastanek srčno-žilnih obolenj(SŽO)?

- 1- Sploh ni pomembno
- 2- Ni pomembno
- 3- Niti/niti- neopredeljeno
- 4- Pomembno
- 5- Zelo pomembno

TRDITEV	OCENA				
Kajenje	1	2	3	4	5
Povišan holesterol	1	2	3	4	5
Stres	1	2	3	4	5
Povišan krvni tlak	1	2	3	4	5
Nezdrava prehrana	1	2	3	4	5
Debelost	1	2	3	4	5
Telesna nedejavnost	1	2	3	4	5

C. Ocenite kako pomembno se vam zdi ozaveščanje pacientov z akutnim miokardnim infarkt, s spodaj navedenimi vsebinami v okviru izvedbe ZVD?

- 1- Sploh ni pomembno
- 2- Ni pomembno
- 3- niti/niti- neopredeljeno
- 4- Pomembno
- 5- Zelo pomembno

TRDITEV	OCENA				
Redna kontrola krvnega tlaka	1	2	3	4	5
Redna kontrola holesterola	1	2	3	4	5
Redna kontrola krvnega sladkorja	1	2	3	4	5

Opustitev kajenja	1	2	3	4	5
TRDITEV	OCENA				
Obvladovanje stresa	1	2	3	4	5
Redukcija telesne teže	1	2	3	4	5
Redna telesna aktivnost	1	2	3	4	5
Redni kontrolni pregledi pri zdravniku	1	2	3	4	5
Spremembe prehranskih navad	1	2	3	4	5

D. Ocenite kako pogosto uporabljate spodaj navedene metode pri ZVD pacienta z akutnim miokardnim infarktoma in kako pogosto upoštevate določene značilnosti pri izbiri metode.

- 1- Nikoli
- 2- Redko
- 3- Niti/niti- neopredeljeno
- 4- Pogosto
- 5- Zelo pogosto

TRDITEV	OCENA				
Individualno izobraževanje	1	2	3	4	5
Skupinsko izobraževanje	1	2	3	4	5
Besedilne metode	1	2	3	4	5
Ilustrativne- demonstrativne metode	1	2	3	4	5
Pri izbiri metode so pomembne značilnosti udeležencev (spol, starost, zdravstvene težave).	1	2	3	4	5
Pri izbiri metode je pomemben cilj, ki ga želimo doseči.	1	2	3	4	5
Pri izbiri metode je pomembna vsebina ZVD.	1	2	3	4	5
Pri izbiri metode je pomembna velikost skupine.	1	2	3	4	5
Pri izbiri metode je pomemben čas, ki ga imamo.	1	2	3	4	5