

Življenjski slog pacientov po prebolelem akutnem miokardnem infarktu

Lifestyle of patients after recovery from acute myocardial infarction

Nino PETEK, dipl. zn. (VS) ^{a,1}

pred. mag. Andreja HROVAT BUKOVŠEK ^b

izr. prof. dr. Gorazd VOGA ^b

^a Visoka zdravstvena šola v Celju, Alumni klub, Slovenija

^b Visoka zdravstvena šola v Celju, Slovenija

Izvleček

Uvod: Srčno-žilna obolenja, med katera spada tudi akutni miokardni infarkt, predstavljajo glavni vzrok umrljivosti. Najučinkovitejša preventiva pred nastankom bolezni je upoštevanje smernic zdravega načina življenja, kar je tudi temelj pri rehabilitaciji pacientov po prebolelem akutnem miokardnem infarktu. Namen raziskave je ugotoviti spremembo življenjskega sloga pacientov po prebolelem miokardnem infarktu.

Metoda: Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi raziskovanja ter metodi deskripcije. Za osnovno tehniko raziskave smo uporabili polstrukturirani intervju, ki je zajemal 17 vprašanj odprtega tipa. Vprašanja smo sestavili na podlagi pregleda domače in tuje literature. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. V raziskavo smo vključili štiri naključno izbrane paciente; tri moške in eno žensko, ki so preboleli akutni miokardni infarkt ter so bili stari med 40 in 65 let.

Rezultati: Pri analizi intervjujev smo prepoznali glavno kategorijo – rehabilitacija pacientov po prebolelem akutnem miokardnem infarktu – in podkategorije – dejavniki tveganja, sprememba načina življenja, vloga medicinske sestre in vloga svojcev. Za vsako podkategorijo smo prepoznali kode. Glavna spoznanja raziskave so, da so vsi vključeni imeli vsaj enega ali več dejavnikov tveganja, največ jih je povezanih z nezdravim življenjskim slogom. Po preboleli bolezni si vsi prizadevajo za spremembo načina življenja, predvsem zaradi strahu pred ponovitvijo bolezni oz. smrtjo, podpora svojcev je pomembna predvsem pri opravljanju fizičnih opravil, vloga medicinske sestre pa je predvsem zdravstvenovzgojna.

Razprava: Z raziskavo ugotavljamo, da lahko nastanek akutnega miokardnega infarkta pripišemo nezdravemu življenjskemu slogu, ki ga pacienti v veliki meri uspešno spremenijo po preboleli bolezni. Ugotavljamo, da je strah pred ponovitvijo bolezni oz. smrtjo glavni razlog, da pacienti začnejo živeti bolj zdravo. Ugotavljamo tudi, da ob odpustu iz bolnišnice pacienti

¹ Nino Petek, e-pošta: ninolovski@gmail.com, Visoka zdravstvena šola v Celju, Alumni klub

dobijo skope informacije v zvezi z nadaljnjim življenjem. Za obsežnejše informacije bi morala poskrbeti medicinska sestra. Predlagamo, da bi pred odpustom iz bolnišnice za paciente uvedli kratko izobraževanje o življenju po prebolelem miokardnem infarktu; saj se zgodnja rehabilitacija pacientov začne že med hospitalizacijo, ko so pacienti tudi najbolj motivirani za spremembe življenjskega sloga.

Ključne besede: *akutni miokardni infarkt, rehabilitacija pacienta po miokardnem infarktu, zdravstvena vzgoja pacienta po miokardnem infarktu, sprememba načina življenja po miokardnem infarktu*

Abstract

Introduction: *Cardiovascular diseases, which include myocardial infarction, are the leading cause of death worldwide. The most effective prevention against them is a healthy way of life, which is also a crucial part of the recovery process of the patients who suffered from a myocardial infarction. The aim of this research is to examine the change of lifestyle in patients who recovered from a myocardial infarction.*

Methodology: *The research was based on the qualitative research method, the descriptive method was used. As the basic research technique we used a semi-structured interview, composed of 17 open-ended questions. The questions were designed on the basis of domestic and foreign literature review. We used a non-random, purposive sample. Our research included four randomly selected patients, three men and a woman, who recovered from an acute myocardial infarction, and were between 40 and 65 years old.*

Results: *The interview analysis revealed the main category – recovery of the patients after an acute myocardial infarction and subcategories: risk factors, change of lifestyle, the role of the nurse and the family. Each subcategory revealed patterns. The research showed that all the participants in the research had at least one or more risk factors, most of which were connected with an unhealthy lifestyle. After recovery, all of the participants focused on changing their lifestyles, predominantly out of fear of disease recurrence or death. The support of their families is especially important in helping the patients to perform physical tasks, whereas the role of the nurse is predominantly to provide healthcare education.*

Discussion and conclusion: *The research suggests that the myocardial infarction is the result of an unhealthy lifestyle, which the patients tend to change after they have recovered. According to the research, the fear of disease recurrence or death is the main reason why the patients start leading a healthier lifestyle. We also established that when they are discharged from the hospital, the patients are given only scarce informational guidelines on their future lifestyles, which should be the duty of the nurse. The paper suggests that the patients should have a short educational course concerning life after myocardial infarction prior to their discharge from the hospital, as the recovery of the patients begins already during the hospitalization, when the patients are also most motivated for making a change in their lifestyles.*

Keywords: *acute myocardial infarction, patient recovery after myocardial infarction, healthcare education of the patient after myocardial infarction, change of lifestyle after myocardial infarction*

1 Uvod

Akutni miokardni infarkt (AMI) je izraz za nekrozo srčne mišice, ki je posledica dalj časa trajajoče ishemije (Maziar Zafari, 2017). V sodobnem času, v katerem prevladujeta nezdravo prehranjevanje in stresno življenje, je pojav srčno-žilnih bolezni (SŽB) v porastu. Včasih je veljalo, da se je srčni infarkt pojavljal predvsem pri starejših ljudeh, danes pa za tovrstnimi obolenji pogosto zbolijo tudi mlajši, velikokrat zaradi hitrega tempa življenja (Fras, 2014). Tak način življenja jih pogosto prisili v nezdrav življenjski slog, pri čemer zavestno ne upoštevajo dejavnikov tveganja za nastanek AMI (Noč, et al., 2013). AMI lahko doleti vsakogar. V Sloveniji ga vsako leto doživi približno 3500 pacientov. V najbolj ogroženo skupino spadajo moški med 50. in 60. letom ter ženske med 40. in 70. letom. Večjo verjetnost za razvoj srčnega infarkta imajo kadilci, prav tako pa povečujejo tveganje prevelika telesna teža, hipertenzija, hiperlipidemija, sladkorna bolezen, telesna nedejavnost in dedna nagnjenost. Na vse naštetе dejavnike, razen dedne nagnjenosti, lahko vplivamo z zdravim načinom življenja (Noč & Radšel, 2008). Smrtnost ob pojavu AMI je približno 30-odstotna, pri čemer več kot polovica pacientov umre, še preden pride v bolnišnico. Pri pacientih, ki se ne rehabilitirajo, obstaja večje tveganje smrtnosti in novih nesmrtnih infarktov (Kapš, et al., 2009). Pacienti, ki so preboleli AMI, predstavljajo precejšnje breme za družbo, saj so zaradi svoje psihosocialne in fizične prizadetosti omejeni pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti. Za zmanjšanje psiholoških in fizioloških posledic miokardnega infarkta je treba prizadetega pacienta zdravstveno vzgojiti. Na ta način lahko obvladujemo dejavnike tveganja, preprečujemo posledice in ponovitev bolezni ter pacientu po AMI omogočamo kakovostno življenje (Noč, et al., 2013). Rehabilitacija po AMI je vseživljenjski proces, ki se začne takoj po akutnem dogodku, v ambulantnih programih poteka srednjeročno, dolgoročno pa se nadaljuje v domačem okolju (Jug & Keber, 2008).

Zelo pomembno je, da medicinska sestra deluje zdravstvenovzgojno, saj bo le vzgojen in poučen posameznik znal upoštevati načela zdravega načina življenja in v vsakdanjem življenju preprečiti ponovitev bolezni. Pacienti, ki so preboleli AMI, imajo večjo možnost ponovnih zapletov, zato je ključno, da redno jemljejo predpisana zdravila in upoštevajo načela zdravega načina življenja. Medicinska sestra paciente opozori, da je treba jemati predpisana zdravila kljub normalnim vrednostim krvnega sladkorja, krvnega tlaka in maščob v krvi (Kruhar Lorger, 2009).

Uspeh rehabilitacije, ki naj neprekinjeno traja celo življenje, je usodno odvisen od tega, ali je pacient pri spremembi življenjskega sloga prejel podporo družine. Če ga le-ta ne podpre,

lahko dobri rezultati stacionarne rehabilitacije kmalu izginejo, obenem pa je vprašljivo celotno nadaljnje okrevanje (Radošević, 2014).

Namen raziskave je ugotoviti spremembo življenjskega sloga pacientov po prebolelem miokardnem infarktu. Zastavili smo si naslednje cilje raziskave: predstaviti AMI, dejavnike tveganja in načine zdravljenja; ugotoviti, kateri dejavniki tveganja za nastanek AMI so bili prisotni pri pacientih; ugotoviti spremembo življenjskega sloga pacientov po prebolelem AMI; ugotoviti, koliko pacienti upoštevajo navodila in priporočila medicinske sestre, prejeta med bolnišnično rehabilitacijo; ugotoviti, kakšno vlogo imajo svojci pri rehabilitaciji pacientov po prebolelem AMI.

Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja: Katere dejavnike tveganja za nastanek AMI so imeli pacienti?; Kako so pacienti spremenili način življenja po prebolelem AMI in kaj je vplivalo na spremembo?; Kakšna navodila in priporočila so prejeli pacienti od medicinske sestre in katera so upoštevali pri spremembi življenjskega sloga?; Kakšna je podpora svojcev pri opravljanju osnovnih in instrumentalnih dnevnih opravil?

2 Metode

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, uporabili smo metodo analize besedila. Za osnovno tehniko raziskave je bil uporabljen polstrukturirani intervju, ki smo ga oblikovali na podlagi pregledane literature. Intervju je zajemal 17 vprašanj odprtega tipa, s katerimi smo dobili odgovore na raziskovalna vprašanja. V prvem sklopu so bila splošna vprašanja (demografski podatki in dejavniki tveganja), v drugem sklopu pa so bila vprašanja, ki so se nanašala na spremembo življenjskega sloga in rehabilitacijo pacientov po AMI. S tem načinom raziskovanja smo pridobili podatke, ki so nam pomagali pri interpretaciji raziskovalnega problema. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. V raziskavo so bili vključeni štirje pacienti, ki so preboleli miokardni infarkt, stari med 40 in 65 let.

Pacientom smo opisali postopek intervjuja in predstavili namen uporabe pridobljenih podatkov. Intervjuji so bili posneti z mobilnim telefonom, opravljeni pa so bili pri pacientih doma med 5. in 9. aprilom 2018. Posnete intervjuje smo analizirali po korakih in jih v slovnično pravilni obliki prepisali na računalnik. Intervju smo analizirali s pomočjo kod in jih nato združili v podkategorije ter glavno kategorijo.

Vsem pacientom, ki so sodelovali v raziskavi, smo zagotovili, da bodo pridobljeni podatki varovani in anonimni. Upoštevana so bila načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Zbornica – Zveza, 2014) in načela Oviedske konvencije.

Opis intervjuvanca (R1)

R1 je moški, star 62 let, živi na podeželju z ženo in s hčerko, visok je 175 cm in tehta 75 kg. Čez dan opravlja dela okoli hiše, skrbi za živali v hlevu in hodi na sprehod v gozd. Nihče iz njegovega ožjega sorodstva ni doživel miokardnega infarkta, sam pa ga je doživel novembra lanske leto. Pred infarktom je že imel povišan krvni tlak, za kar je tudi redno jemal terapijo. Občasno pokadi kakšno cigareto, izogiba se mastni hrani in skuša v svoj življenjski slog vključiti več zelenjave. Je upokojenec, opravljal je delo rudarja, imel je stresno življenje. Njegov indeks telesne mase (ITM) je 24,5, kar se šteje kot normalna teža.

Opis intervjuvanca (R2)

R2 je moški, star 64 let, živi v hiši na podeželju z ženo, visok je 187 cm, tehta pa 120 kg. Infarkt je doživel, ko je bil star 49 let. Čez dan opravlja lahka gospodinjska dela in dela okoli hiše. V ožjem sorodstvu sta infarkt doživela oče in brat. Ne kadi, izogiba se mastni hrani in enkrat tedensko telovadi. Ima sladkorno bolezen, povišane vrednosti maščob v krvi in arterijsko hipertenzijo. Je upokojen, pred tem pa je opravljal stresno delo vzdrževalca. Njegov ITM je 34,3, kar se šteje kot debelost.

Opis intervjuvanke (R3)

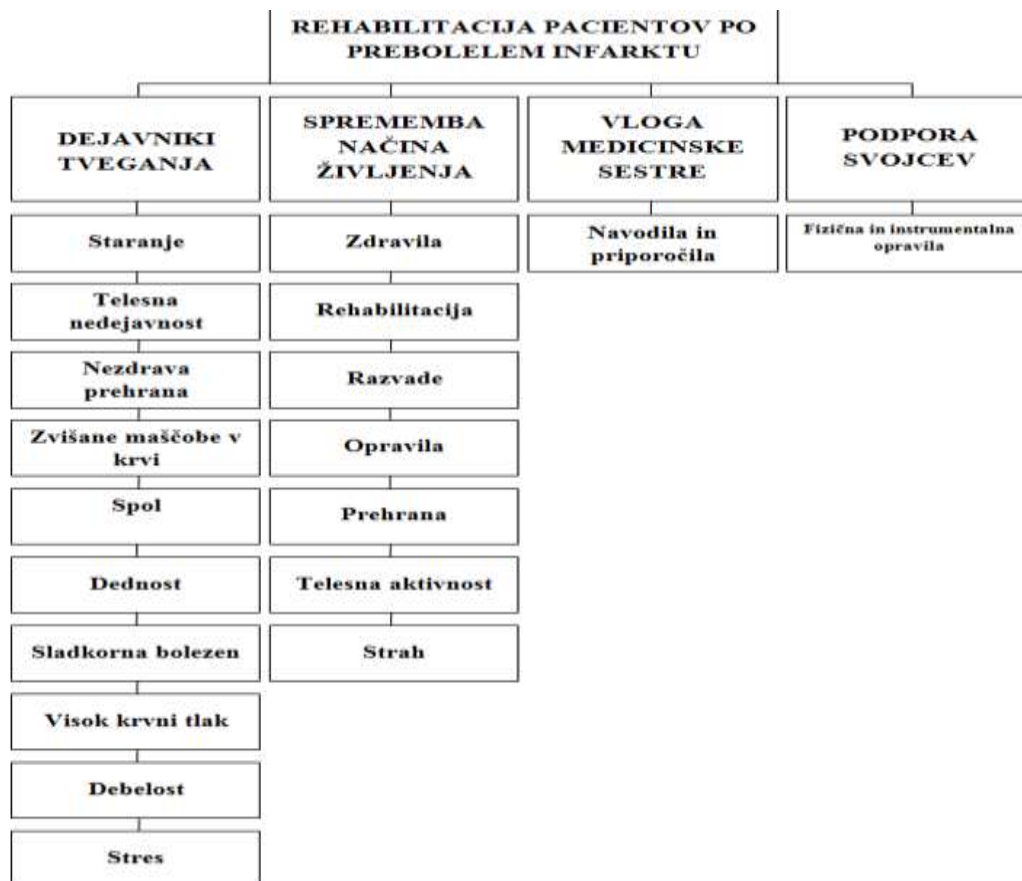
R3 je ženska, stara 60 let, živi v hiši na podeželju s tremi sinovi, visoka je 168 cm in tehta 73 kg. Čez dan navadno opravlja dela okoli hiše in kolesari. V ožjem sorodstvu nima nikogar, ki bi doživel miokardni infarkt. Ima sladkorno bolezen, povišan krvni tlak in povišane maščobe v krvi. Je upokojena, opravljala pa je delo računovodkinje. Stres je doživljala tako na delovnem mestu kot tudi doma. Po infarktu se skuša več gibati in jesti več zelenjave ter pustega mesa. Njen ITM je 25,9, kar se šteje kot prekomerna telesna teža.

Opis intervjuvanca (R4)

R4 je moški, star 58 let, živi na obrobju mesta v hiši, visok je 183 cm in tehta 83 kg. Čez dan je navadno v službi, doma pa opravi potrebna hišna dela, redno hodi tudi na sprehode. Ima povišan krvni tlak, v družini pa je prvi, ki je doživel miokardni infarkt. Po njem skrbi za vsakodnevno telesno dejavnost, izogiba se mastni hrani, uživa več sadja in zelenjave. Opravlja poklic reševalca, ki je včasih zelo stresen. Njegov ITM je 24,8, kar se šteje kot normalna telesna teža.

3 Rezultati

Pri urejanju in analizi intervjujev smo s pojmi oz. kodami, ki smo jih združili v podkategorije in glavno kategorijo, pridobili vpogled v rehabilitacijo pacientov po prebolelem miokardnem infarktu. Posamezne intervjuvance smo označili s kraticami R1, R2, R3 in R4. Na podlagi opravljenih intervjujev smo oblikovali glavno kategorijo: rehabilitacija po miokardnem infarktu in podkategorije: dejavniki tveganja za nastanek miokardnega infarkta, sprememba načina življenja, vloga medicinske sestre in podpora svojcev (slika 1).



Slika 1: Shematski prikaz glavne kategorije, podkategorij in kod (lastni vir, 2018)

V nadaljevanju opisujemo vsako kodo posebej. Za posamezne kode navajamo tudi pomembne izjave intervjuvancev.

3.1 Dejavniki tveganja

Na podlagi izvedenih intervjujev smo pri podkategoriji dejavniki tveganja določili kode: staranje; telesna nedejavnost; nezdrava prehrana; zvišane maščobe v krvi; spol; dednost; sladkorna bolezen; kajenje; visok krvni tlak; debelost; stres.

Staranje: s staranjem se močno poveča možnost za nastanek miokardnega infarkta. Najbolj so ogroženi moški, stari med 50 in 60 let, in ženske, stare med 40 in 70 let (Zaletel Kragelj, et al., 2010). Vsi intervjuvanci so AMI doživeli v tem starostnem obdobju. **Telesna nedejavnost:** telesna nedejavnost je dejavnik tveganja, ki pripomore k nastanku večine kroničnih bolezni, ki so v neposredni povezavi z nastankom miokardnega infarkta (Ocepek & Zobavnik, 2008). Vsi intervjuvanci so bili telesno nedejavni ali premalo dejavni. **Nezdrava prehrana:** zaradi nezdrave prehrane, predvsem zaradi uživanja prevelikih količin nezdravih maščob, se pospešeno razvija ateroskleroza, ki je eden od vodilnih dejavnikov za nastanek AMI (Salobir, 2013). Noben od intervjuvancev ni posvečal veliko pozornosti zdravi prehrani, temveč so jedli vse, R2, R3 in R4 pa so v intervjuju povedali, da so uživali tudi veliko maščob. **Zvišane maščobe v krvi:** zaradi povišane koncentracije holesterola v krvi se ta začne nabirati na žilnih

stenah, kar lahko povzroči delno ali popolno zamašitev koronarne arterije, obremenjene oz. poškodovane pa so tudi preostale žile (Širca - Čampa, 2009). R1 in R4 sta odgovorila, da povišanih maščob v krvi nimata, medtem ko sta R2 in R3 imela povišane vrednosti maščob v krvi. **Spol:** znano je, da so moški bolj dovzetni za nastanek AMI, tudi v mlajših letih, medtem ko ženske za AMI obolevajo redkeje (Šuput, 2014). V raziskavi so sodelovali štirje pacienti; trije moški in ena ženska, ki so preboleli AMI. **Dednost:** nastanek AMI je verjetnejši pri tistih, ki imajo primere te bolezni v ožjem sorodstvu (Šuput, 2014). Le R2 ima očeta in brata, ki sta prebolela AMI, preostali intervjuvanci so povedali, da v ožjem sorodstvu niso imeli nikogar, ki bi prebolel AMI. **Sladkorna bolezen:** med posledicami sladkorne bolezni so tudi okvare na srčno-žilnem sistemu (Kapš, et al., 2009). R1 in R4 sta odgovorila, da sladkorne bolezni nimata, R2 je povedal, da so mu sladkorno bolezen odkrili pred kratkim, R3 pa je povedala, da ima sladkorno bolezen. **Visok krvni tlak:** pri ljudeh, ki imajo povišan krvni tlak (nad 140/90 mmHg), je znatno večja možnost, da bodo v prihodnosti doživeli AMI (Koželj & Štajer, 2011). Vsi intervjuvanci so povedali, da imajo povišan krvni tlak. **Debelost:** debelost zelo vpliva na nastanek kroničnih bolezni, med katere spadajo tudi bolezni srca in ožilja (Širca - Čampa, 2009). Intervjuvanci nam niso neposredno odgovorili, ali so debeli ali ne, a so nam podali podatke o telesni teži in višini, na podlagi česar lahko izračunamo ITM, katerega vrednost nam pove, ali imajo prekomerno telesno težo ali ne. R1 in R4 imata normalno telesno težo, R2 in R3 pa imata prekomerno telesno težo. **Stres:** v 70–90 odstotkih je kronični stres povezan s sodobnimi boleznimi, največje posledice pa utrpijo prav srčno-žilni sistem in možgani (Starc, 2009). Vsi intervjuvanci so bili podvrženi stresu, predvsem na delovnem mestu.

3.2 Sprememba načina življenja

Po prebolelem AMI je potrebna sprememba načina življenja. Na podlagi odgovorov smo pri tej podkategoriji določili naslednje kode: zdravila; rehabilitacija; razvade; opravila; prehrana; telesna aktivnost; strah.

Zdravila: po prebolelem AMI je potrebno nadaljnje zdravljenje z zdravili, ki so nujno potrebna za preprečevanje ponovnega infarkta, to pa predstavlja določeno spremembo v načinu življenja, predvsem za tiste, ki zdravil pred AMI niso jemali (Koželj & Štajer, 2011). **Rehabilitacija:** rehabilitacija po AMI je ključna za nadaljnje življenje (Noč & Radšel, 2008). R1 in R3 sta opravila samo bolnišnično rehabilitacijo, na kontrolne preglede hodita k zdravniku oz. v referenčno ambulanto, R2 in R4 pa sta opravila še zdraviliški del rehabilitacije. **Razvade:** razvade, kot je kajenje, slabo vplivajo na celotno telo in povečujejo možnost za nastanek miokardnega infarkta (Kruhar Lorger, 2009). Med razvade spadajo tudi pitje kave, alkohola, uživanje sladkarij in preostale razvade, povezane s prehrano. R1, R3 in R4 so povedali, da kadijo, R1 in R3 sta imela med razvadami tudi pitje kave, R2 in R4 pa sta od razvad navedla uživanje mastne hrane, R4 tudi uživanje sladkarij. **Prehrana:** upoštevanje smernic zdravega prehranjevanja je eno od dejanj, ki je pomembno za ohranjanje zdravja,

hkrati pa je pomemben ukrep za preprečitev ponovnega infarkta (Salobir, 2013). Sprememba načina prehranjevanja je lahko velik korak ne samo za pacienta, ampak za vso družino. **Telesna aktivnost:** veliko spremembo po AMI predstavlja tudi telesna aktivnost, ki je pomembna za vzdrževanje fizične kondicije in izgubo (odvečne) telesne teže (Ocepek & Zobavnik, 2008). Ugodno vpliva tudi na psihično stanje pacientov **Strah:** po prebolelem infarktu so vsi intervjuvanci navedli, da jih je strah ponovitve bolezni oz. smrti.

3.3 Vloga medicinske sestre

Na podlagi izvedenih intervjujev smo pri podkategoriji vloga medicinske sestre določili naslednjo kodo: navodila in priporočila.

Navodila in priporočila: po AMI je vloga medicinske sestre, da pacienta pouči o spremembah načina življenja po prebolelem infarktu (Ocepek & Zobavnik, 2008). Vsi intervjuvanci so navedli, da so od medicinske sestre dobili navodila o nadaljnjem življenju, predvsem glede prehrane in razvad.

3.4 Podpora svojcev

Po preboleli bolezni imajo svojci pomembno vlogo pri nujenju pomoči pri aktivnostih (Radošević, 2014). Na podlagi izvedenih intervjujev smo določili naslednjo kodo: fizična in instrumentalna opravila.

Fizična in instrumentalna opravila: med fizična opravila uvrščamo npr. hranjenje, hojo, vstajanje iz postelje in gibanje po stanovanju, uporabo stranišča in kopalnice, oblačenje in osebno higieno. Med instrumentalna opravila uvrščamo vožnjo avtomobila, uporabo telefona, plačevanje računov, pripravo hrane, pranje perila, čiščenje, uporabo transportnih sredstev, jemanje zdravil, nakupovanje ipd. (Fras, 2014). R1, R2 in R3 so povedali, da potrebujejo pomoč pri težjih fizičnih opravilih, pri katerih jim podporo nudijo svojci, R4 pa je odgovoril, da je popolnoma samostojen, težjih fizičnih opravil pa ne opravlja.

4 Razprava

Na podlagi pridobljenih rezultatov ugotavljamo, da nihče od intervjuvancev pred AMI telesni dejavnosti ni posvečal posebne pozornosti. R2 sploh ni bil telesno aktiven, kar samo veča možnost za nastanek AMI, R3 je kot telesno aktivnost navedla, da opravlja dela okoli hiše, česar ne moremo enačiti z aerobno telesno vadbo, R1 in R4 pa sta občasno odšla na sprehod, kar je za preprečevanje sodobnih bolezni premalo. Govc Eržen (2014) navaja, da bi z zadostno telesno aktivnostjo lahko v približno 32 odstotkih preprečili nastanek srčno-žilnih bolezni.

Ugotavljamo, da so se vsi sodelujoči v raziskavi nezdravo prehranjevali in da je nezdrava prehrana pomemben dejavnik tveganja, ki bi ga lahko preprečili s preprostimi ukrepi. Vsi intervjuvanci se zavedajo, da so jedli nezdravo, vendar kljub temu niso spremenili prehranjevalnih navad, dokler niso doživeli AMI. Hlastan Ribič in sodelavci (2012) navajajo, da so najpogostejše napake pri prehranjevanju Slovencev premalo obrokov, uživanje preveč preslane hrane in preveliko maščob, porušen ritem prehranjevanja, preveč sladke hrane in pijač ter premalo sadja in zelenjave.

Z raziskavo ugotavljamo, da sta imela dva intervjuvancata povišane maščobe v krvi, kar se sklada z življenjskim slogom. Širca - Čampa (2009) navaja, da je preveč maščob v krvi lahko za telo nevarno. Če je holesterola v krvi preveč, se začne kopičiti na žilnih stenah, kar povzroči delno ali popolno zamašitev žile, to pa lahko privede do miokardnega infarkta.

V raziskavo so bile vključene štiri osebe in samo ena od njih je bila ženska, kar se ujema s podatki iz literature, da je pojavnost bolezni pri moških pogostejša kot pri ženskah. Šuput (2014) navaja, da je spol pomemben dejavnik pri obolevanju za srčno-žilnimi boleznimi. Koželj in Štajer (2011) navajata, da je dednost eden od pomembnih dejavnikov tveganja za nastanek SŽB. Dednost je predvsem pomembna zaradi dedovanja nekaterih bolezni, ki so dejavniki tveganja za nastanek SŽB.

Ugotavljamo, da so trije intervjuvanci kadili, kar nakazuje na to, da je kajenje pomemben dejavnik za nastanek AMI. Lunder in sodelavci (2007) navajajo, da je pri kadilcih znatno večja možnost za nastanek SŽB, a pri tem je pomembno, koliko cigaret človek pokadi in koliko časa kadi.

Za kronične nenalezljive bolezni je arterijska hipertenzija eden od glavnih dejavnikov tveganja za obolenje (Ibrahim & Damasceno, 2012). Ugotavljamo, da imajo vsi sodelujoči v raziskavi arterijsko hipertenzijo, za katero tudi redno jemljejo zdravila.

Eden izmed pomembnih dejavnikov tveganja za nastanek SŽB je prekomerna telesna teža (Ferris & Crowther, 2011). Z raziskavo ugotavljamo, da imata R1 in R4 normalno telesno težo (ITM je na zgornji meji), R2 in R3 pa imata prekomerno telesno težo. Največkrat sta vzroka za prekomerno telesno težo premalo gibanja in nezdravo prehranjevanje.

Ugotavljamo, da so vsi intervjuvanci spremenili način življenja po preboleli bolezni. Zaradi strahu pred ponovitvijo bolezni in pred smrtjo so v svoj življenjski slog vključili spremembe, kar je za rehabilitacijo po infarktu zelo priporočljivo. Tidy (2017) navaja, da se z zdravim načinom prehranjevanja zmanjšujeta obolevanje in smrtnost kot posledica SŽB. Radošević (2014) ugotavlja, da so glavni pogoji za zmanjšanje verjetnosti za ponovitev miokardnega infarkta: prenehanje kajenja, urejen krvni tlak, maščobe in sladkor v krvi ter redna zmerna telesna dejavnost. Drev (2010) meni, da je gibanje pomembno pri izboljšanju razpoloženja in premagovanju stresa.

Ugotavljamo, da so pacienti od medicinskih sester dobili skope informacije. Večinoma so jim svetovale opustitev kajenja, izogibanje mastni hrani, uživanje več zelenjave in sadja ter več gibanja. R1 in R4 ne upoštevata navodil in priporočil v celoti, R1 nadaljuje kajenje, R4 pa ne upošteva načel zdravega prehranjevanja, kar lahko vodi v ponoven nastanek bolezni. R1, R2 in R3 upoštevajo načela zdravega prehranjevanja. Ocepek in Zobavnik (2008) ugotavljata, da je v akutni fazi bolezni pacient najbolj dovzeten za zdravstveno vzgojo, zato je pomembno, da se ta faza izkoristi in se pacienta spodbudi k spremembi življenjskega sloga.

Ugotavljamo, da imajo intervjuvanci največjo podporo svojcev pri fizičnih opravilih, ki zahtevajo telesni napor. Radošević (2014) navaja, da je uspeh rehabilitacije močno odvisen od tega, ali je družina pri spremembi načina življenja pacienta podprla.

Z raziskavo smo dosegli zastavljene cilje. Glavna omejitev raziskave je bila vključenost malo pacientov, ki so bili pripravljeni sodelovati, za bolj relevantne rezultate bi morali zajeti večji vzorec na različnih območjih. V prihodnje bi bilo zanimivo raziskati, ali bi pacienti pri spremembi življenjskega sloga upoštevali nasvete in priporočila medicinskih sester, ki imajo več dejavnikov tveganja za SŽB (npr. kajenje, prekomerna telesna teža ...).

5 Zaključek

Srce je eden izmed ključnih organov v našem telesu, ki za pravilno delovanje potrebuje stalen dotok krvi. Kadar srce ne dobi dovolj krvi zaradi zoženja oz. zamašitve žil, začne odmirati na delu, ki ga ta žila prehranjuje. Da bi se temu stanju izognili, je pomembno upoštevati smernice zdravega načina življenja. Pestra in uravnotežena prehrana v kombinaciji z redno telesno aktivnostjo je ključ do preprečitve preostalih dejavnikov tveganja, kot so debelost, sladkorna bolezen, visok krvni tlak ..., posledično pa se tudi zmanjša možnost za nastanek srčno-žilnih bolezni. Pri ljudeh, ki imajo dejavnike tveganja, na katere ni mogoče vplivati, je še toliko pomembneje, da izvajajo ukrepe za preprečevanje tistih, na katere lahko vplivajo. Menimo, da bi bilo treba za rizične skupine ljudi organizirati več skupinskih delavnic, na katerih bi si izmenjevali izkušnje, pridobili nova znanja o zdravem življenjskem slogu in bili bolj motivirani za upoštevanje smernic zdravega načina življenja.

Literatura

Drev, A., 2010. *V gibanju tudi v starosti*. [Online] Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/v_gibanju_tudi_v_starosti.pdf [Accessed 21. 2. 2019].

Ferris, W. F. & Crowther, N. J., 2011. Once fat was fat and that was that: our changing perspectives on adipose tissue. *Cardiovascular Journal of Africa*, 22, pp. 147–150. DOI: CVJ-21.066.

Fras, Z., 2014. Populacijski in epidemiološki podatki o koronarni bolezni in njenih zapletih in podlage za usmerjeno primarno preventivo pri ženskah. In: M., Bunc, et al. eds. *Posvet o kronični bolezni srca. Žensko srce: celovit pristop k obravnavi žensk s koronarno boleznijo*. 9. posvet kronični bolezni srca, Novo mesto, 12. april 2014. Novo mesto: Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini, pp. 2.

Govc Eržen, J., 2014. *Telesna dejavnost za zdravje. Modul – Preventiva*. [Online] Available at: <http://m.mf.uni-lj.si/media-library/2015/01/bea12861b9af2d7c124091b35f26e597.pdf> [Accessed 16. 2. 2019].

Hlastan Ribič, C., Maučec Zakotnik, J., Krajnc, M. & Šerona, A., 2012. Prehranjevanje. In: Maučec Zakotnik, J., eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 31–46. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/zdravje_in_vedenjski_slog_prebivalcev_slo_2011-2004-2008.pdf [Accessed 20. 2. 2019].

Ibrahim, M. M. & Damasceno, A., 2012. Hypertension in developing countries. *The Lancet*, 380, pp. 612.

Jug, B. & Keber I., 2008. Ambulantna rehabilitacija srčnih bolnikov. In: A., Kvas, ed. *Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno-žilnih bolnikov, XXII. strokovno srečanje, Bled, 14. november 2008*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 37–46. [Online] Available at: http://zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/kardio_zbornik_11_2008.pdf [Accessed 11. 2. 2019].

Kapš, P. R., Kapš, P. ml. & Kapš, S., 2009. *Bolezni srca in žilja*. Novo mesto: Grafika Tomi, pp. 102–110.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014. Uradni list RS, št.71. Koželj, M. & Štajer, D., 2011. Akutni koronarni sindrom. In: M., Košnik, et al. eds. *Interna medicina 4 izdaja*. Ljubljana: Littera picta, pp. 265–273.

Kruhar Lorger, B., 2009. Bolnik po srčnem infarktu. *Za srce*, 2, pp. 6.

Lunder, M., Kuhar, P. & Drevenšek, G., 2007. Ateroskleroza – dejavniki tveganja in zapleti. *Medicinski mesečnik*, pp. 235–237. Available at: http://www.medicinski-mesecnik.com/MM_07_07-08/MM_07_07-08_aterosklerozadejav-tveg-zapleti.pdf [Accessed 20. 2. 2019].

Maziar Zafari, A., 2017. *Myocardial infarction*. [Online] Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/155919-overview> [Accessed 1. 3. 2019].

Noč, M., et al., 2013. *Akutni koronarni sindrom v Sloveniji. 13. tradicionalno srečanje. Priporočila za obravnavo v Sloveniji 2013*. Ljubljana: Samozaložba, pp. 6–11.

Noč, M. & Radšel, P., 2008. *Bolnik po srčnem infarktu*. Novo mesto: Krka, d. d., pp. 3–10.

Ocepek, S. & Zobavnik, J., 2008. Zdravstvena vzgoja bolnika po akutnem miokardnem infarktu. In: A., Kvas., ed. *Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno-žilnih bolnikov*. Bled, 14. november 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 15–21. Available at: http://zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/kardio_zbornik_11_2008.pdf [Accessed 2. 3. 2019].

Radošević, D., 2014. *Rehabilitacija bolnika z boleznimi srca in ožilja*. [Online] Available at: http://koronarnodrustvo-dbk.si/?page_id=191 [Accessed 6. 3. 2019].

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. 30–31.

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, 16. oktober 2009. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 11–16. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/preprecimo_da_nas_strese_stres_na_delovnem_mestu_0.pdf [Accessed 5. 3. 2019].

Širca - Čampa, A., 2009. *Ali res jeste zdravo?* Ljubljana: Lek, pp. 4–9.

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

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

Tidy, C., 2017. *Heart attack recovery*. [Online] Available at: <https://patient.info/health/heart-attack-myocardial-infarction-leaflet/heart-attack-recovery> [Accessed 4. 3. 2019].

Zaletel Kragelj, L., Djomba, J. K., Maučec Zakotnik, J. & Fras, Z., 2010. Epidemiologija bolezni srca in ožilja ter dejavnikov tveganja zanje pri ženskah v Sloveniji. In: Z., Fras, ed. *Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja 2010: zbornik prispevkov ob 11. rednem letnem plenarnem srečanju Slovenskega foruma za preventivo bolezni srca in žilja, Ljubljana, 6. marca 2010*. Ljubljana: Littera picta, pp. 33–35.