

ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNIKA Z ISHEMIČNO BOLEZNIJO SRCA

HEALTH EDUCATION OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Andreja Kvas

UDK/UDC 616.127-005.8-083:37

DESKRIPTOJI: miokardialna ishemija; zdravstvena vzgoja

DESCRIPTORS: myocardial ischemia; health education

Izvleček – Bolezni srca in ožilja, kamor sodi tudi ishemična bolezen srca (IBS), so še vedno na prvem mestu glede zbolelosti in smrtnosti po svetu in v Sloveniji. Na nastanek IBS v veliki meri vplivajo dejavniki tveganja: kajenje, debelost, telesna neaktivnost, nepravilna prehrana, jemanje kontracepcijskih tablet, povišan krvni tlak, sladkorna bolezen in drugi. Za informiranje varovancev/bolnikov o nevarnostih posameznih dejavnikov tveganja je ključna zdravstvena vzgoja, ki se mora izvajati permanentno na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva: primarni, sekundarni in terciarni, in to v vseh življenjskih obdobjih (otrok, odrasel in starostnik). Zdravstvena vzgoja je dolgotrajen proces, na podlagi katerega varovanci/bolniki dobijo ustrezna znanja, informacije, veščine in spretnosti, ki jim omogočijo, da živijo zdravo. Za uspešno zdravstveno vzgojo je treba upoštevati: oblike, cilje, načela, motivacijo, programe in metode zdravstvene vzgoje. Zdravstveno vzgojo naj izvajajo strokovno usposobljeni zdravstveni delavci/vzgojitelji: profesor zdravstvene vzgoje, zdravnik, medicinska sestra in delno zdravstveni tehnik.

Abstract – Heart and circulatory diseases occupy the first place among the causes of morbidity and mortality all over the world as well as in Slovenia. The occurrence of heart and circulatory diseases is to a great extent the consequence of risk factors: smoking, excessive weight, physical inactivity, unhealthy diet, high blood pressure, diabetes etc. In the spreading of information about the dangers of separate risk factors to clients/patients, health education plays the key role. Health education has to be carried out on permanent basis of health care: primary, secondary and tertiary in all periods of life (childhood, adulthood, old age). Health education is a lengthy process in the frames of which clients/patients acquire adequate knowledge, information, skills which enable them to lead a healthy life. Successful health education depends on the following: forms, objectives, principles, motivation, programmes, methods and technique. Health education should be carried out by professionally qualified health workers/educators: professor of health education, physician, nurse and in part also nurse technician.

Uvod

Umrljivost in zbolelost zaradi bolezni srca in ožilja (BSO) v primerjavi z drugimi kroničnimi zboljenji v svetu in pri nas močno narašča (Fürst s sod., 1995). V obdobju od leta 1985 do 1996 je v Sloveniji zaradi BSO umrlo 17.018 ljudi. Med BSO spada tudi ishemična bolezen srca (IBS), za katero je smrtnost v obdobju od 1993 do 1996 močno padla (28 %) (Kvas, 1997). Vendar še vedno veliko ljudi, zlasti tistih v najproduktivnejših letih življenja, umre zaradi tega zboljenja.

Za uspešno preprečevanje in zmanjševanje tovrstnih zboljenj je pomembno, da se pri ljudeh doseže čim boljše poznavanje dejavnikov tveganja za IBS, kar je dosegljivo z uspešno promocijo zdravega načina življenja. Promocija zdravega načina življenja vključuje tudi zdravstveno vzgojo (ZV). Ljudi je treba permanentno izobraževati o dejavnih tveganja ali vsaj ti-

stih dejavnih tveganja, na katere lahko sami vplivajo z zdravim načinom življenja.

Zdravstvena vzgoja

Najpomembnejša definicija ZV je definicija, ki jo je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija leta 1982. »ZV je kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, ki dosežejo, da ljudje želijo biti zdravi, vedo, kako lahko postanejo in ostanejo zdravi, in da naredijo vse, kar je v njihovi moči, za varovanje zdravja, ter da poiščejo pomoč tedaj, ko jo potrebujejo« (WHO, 1982). To je zelo kompleksna definicija, ki zajema vse dejavnosti, ki jih mora poznati varovanec/bolnik, da je zdravstveno vzgojen. V njej je nakazano aktivno sodelovanje varovancev/bolnikov za doseganje zdravja. Aktivno sodelovanje je predpogoj, da ljudje prevzamejo del odgovornosti za lastno zdravje. To pa je možno le, če so ustrezno informirani in seveda moti-

virani. Torej imajo vsi ljudje pravico do informiranosti – kjerkoli in kadarkoli. S pomočjo ZV vplivamo zlasti na krepitev zdravja, ki je dosežena z zdravim načinom življenja. Vendar je naloga vsakega posameznika, da sam aktivno doseže zdravje in zanj tudi skrbi. Zgodi se namreč, da zlasti bolniki od medicinskih sester (MS) in zdravstvenih tehnikov (ZT) pričakujejo, da jim bodo povrnili zdravje, ne da bi za to kaj storili tudi sami. V bolnišnici so bolniki velikokrat pasivni pri aktivnostih za doseg zdravja. Zato je naloga zdravstvenih delavcev/vzgojiteljev: profesorjev zdravstvene vzgoje (profesor ZV), zdravnikov, MS in delno ZT, da bolnike poučijo in naučijo, kako bodo sami skrbeli za svoje zdravje. Poleg tega jih morajo znati ustrezno motivirati s pravimi oblikami dela, metodami dela ter praktičnim usposabljanjem.

Za uspešno izvajanje ZV so potrebni ustrezni zdravstvenovzgojni programi, ki naj vključujejo celotno prebivalstvo v vseh starostnih obdobjih (otroci, mladostniki, nosečnice, starši in starostniki). Programi ZV zahtevajo aktivno sodelovanje vzgojiteljev in uporabnikov. Zdravstveni delavci/vzgojitelji programe izvajajo teoretično in praktično. Ko bodo ljudje s pomočjo zdravstvenih delavcev/vzgojiteljev spoznali, da je njihovo zdravje odvisno od njih samih, bodo tudi v celoti upoštevali vpliv dejavnikov tveganja na IBS in si tako omogočili kakovostnejše življenje. S pomočjo preventivnih programov ZV začnejo ljudje bolj upoštevati zdrav način življenja, s čimer izboljšajo kakovost svojega življenja. Življenje posameznika je kakovostno, ko so zagotovljene njegove glavne življenjske potrebe in ko živi tako, da je v harmoniji s samim seboj in s svetom.

Zdravstvenovzgojni zdravstveni delavci/vzgojitelji izvajajo na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva: primarni, sekundarni in terciarni, kar pomeni, da se ZV izvaja v bolnišnici in nadaljuje v zdraviliščih, ambulantah in dispanzerjih, patronažni dejavnosti, lokalnih skupnostih in podjetjih.

Zdravstveni delavci/vzgojitelji, ki zdravstveno vzgajajo v bolnišnicah, morajo imeti dovolj znanja, dajati bolnikom dober zgled in biti zlasti dovolj motivirani za boljšo izobraženost bolnikov. S pomočjo zdravstvene vzgoje in prosvetljevanja bolnikov lahko izvajajo ukrepe za zniževanje zvišane telesne teže, spreminjanje prehrabnih navad, priporočajo redne telesne dejavnosti, odvajanje od kajenja, vzdrževanje normalnih vrednosti krvnega tlaka, krvnega sladkorja, holesterola in odpravo drugih dejavnikov tveganja. Vplivati je torej treba na spremembo načina življenja oziroma vedenja bolnika. S pomočjo izobraževanja zdravstvenega delavca/vzgojitelja torej bolnik spremeni način vedenja ter sprejme nove življenjske navade.

Na način vedenja vpliva vedenjski vzorec vsakega posameznika, ki je nastal na podlagi družinskega izročila, kulturnih in socialno ekonomskih okoliščin. Določeni vedenjski vzorec lahko deluje kot varovalni de-

javnik, ki krepi zdravje, podaljšuje življenje in veča kakovost življenja, ali kakor nevaren dejavnik, ki slabi zdravje, vodi v bolezen ali prezgodnjo smrt. Zdrav način življenja lahko opredelimo kot skupek vedenjskih vzorcev, ki krepijo zdravje, preprečujejo nastanek bolezni, večajo kakovost življenja in vodijo v aktivno starost (Lazar in Premik, 1997).

Oblike zdravstvene vzgoje

ZV je lahko formalna in neformalna. Formalna ZV je vnaprej načrtovana s strani strokovnjakov z namenom, da ti vplivajo na vedenjski vzorec posameznikov, družine ali skupnosti. Izvaja se organizirano v obliki šolskega dela ali pouka za odrasle. Celoten vzgojnoizobraževalni proces poteka v neposrednem osebem stiku učitelja z učenci. Velikega pomena je vnaprej določeno število učnih ur, učiteljevo podajanje snovi in razlaga (Hoyer, 1995).

Neformalna ZV je nenačrtovan, velikokrat naključen proces, kjer gre za posredovanje znanj in izkušenj znotraj družine oziroma skupnosti. Ta znanja pogosto posredujejo prijatelji, znanci, sorodniki, vrstniki, sodelavci ipd. Izraz neformalno izobraževanje se uporablja tudi zato, ker poteka v najrazličnejših okoliščinah, bodisi doma, v odmorih med delom (vaje za odpravo bolečin v križu), med potjo na delo ali iz dela (sprejemanje zdravstvenovzgojnih sporočil prek javnih medijev) (Hoyer, 1995). ZV lahko poteka na različne načine: prek javnih občil, različnih brošur, letakov in plakatov, dopisovanja s strokovnjaki, kontaktnih radijskih in televizijskih oddaj, iz zdravstvene literature ter zdravstvenovzgojnih predavanj zdravstvenih vzgojiteljev.

Cilj zdravstvene vzgoje

Cilj sodobne ZV je spodbujanje ljudi k doseganju dobrega zdravja, boriti se proti boleznim s pomočjo lastnih akcij in naporov, izvajati samopomoč, vzajemno pomoč in domačo oskrbo ter poiskati zdravniško pomoč, kadar je ta potrebna (Komadina, 1995, cit. po Hoyer, 1995). Pri ljudeh je torej treba doseči sprejetje miselnosti, da je zdravje njihova največja vrednota in da so sami odgovorni za lastno zdravje ter izboljšanje in ohranitev le-tega.

Načela zdravstvene vzgoje

Vzgojna načela so temeljne značilnosti vzgojnega procesa. Dajejo nam splošne smernice za uspešno vzgojno delo (Hoyer, 1995). Vzgojna načela je treba upoštevati v vseh fazah vzgojnega procesa, in sicer: pri postavljanju smotrov, izbiri vsebine, metod dela in učnih sredstev. V zdravstvenovzgojnem procesu upoštevamo naslednja vzgojna načela: načelo smotrnosti in načelo pozitivnih izhodišč.

Načelo smotrnosti vključuje smotrnost, načrtnost in organiziranost zdravstvenovzgojnega procesa. ZV je torej znanstvena in upošteva objektivne resnice, kar je tudi zahteva Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (predvsem razvijanje humanih medosebnih odnosov).

Načelo pozitivnih izhodišč zahteva, da izhajamo iz pozitivnih lastnosti slušatelja, ki jih je treba odkriti in dalje razvijati. Načelo temelji na zaupanju, na pedagoškem optimizmu, na spoštovanju slušatelja in na spoštovanju človekovih pravic.

ZV je uspešna, ko ji sledi akcija oziroma sprememba stališč in oblik vedenja, ki jih znajo bolniki/varovanci uporabiti v praksi. V tem je bistvena razlika med zdravstveno prosvetljenostjo in zdravstveno vzgojenostjo. Za **zdravstveno prosvetljenost** velja informiranost in poznavanje določenih dejstev in navodil, za **zdravstveno vzgojenost** pa uporaba tega znanja in navodil v vsakdanjem življenju. ZV mora biti postopna, saj se vedenje ljudi težko in počasi spreminja. ZV je neprekinjen proces, ki spremlja človeka vse življenje, z njo začnemo od rojstva naprej, zlasti v družini, kasneje v šoli, v lokalni skupnosti in na delovnem mestu.

Motivacija v zdravstveni vzgoji

Motivacija za izobraževanje je eden vidnejših dejavnikov, ki uravnavajo človekovo učinkovitost pri pridobivanju novega znanja, razvijanju spretnosti, navad, novih stališč, pogledov in osebnostnih značilnosti (Kranjc, 1982, cit. po Hoyer, 1995). Za učinkovit vpliv na spremembo posameznikov je potrebna njihova motivacija za akcijo. Kajti za prevzgojo ljudi je nujno potrebna motiviranost za določena dejanja, ki bodo prinesla spremenjeno vedenje. V psihologiji sta znani dve vrsti motivacije za učenje: **notranja**, ki deluje pred samo učno aktivnostjo v obliki potrebe, nagona, motivacijskega stanja in interesa, ter **zunanja**, ki deluje po aktivnosti v obliki učinka, nagrade, kazni in zadovoljivi potrebe.

Programi zdravstvene vzgoje

Program ZV je dokument, v katerem so določeni cilji, vsebine in napotki za realizacijo. Vsak ZV program mora imeti določeno globino, ki določa vsebine, zajete v programu. Vsak program torej obsega:

- cilje,
- vsebine,
- metode,
- strategije,
- načrtovanje,
- vrednotenje.

Za ZV delo pri bolnikih z IBS je zelo primeren tip programa, ki je problemsko usmerjen. Pri njem je te-

žišče preučevanja problem, ki zahteva osvetlitev z več zornih kotov in interdisciplinarni pristop. Za uspešno realizacijo programa ZV pri bolnikih z IBS je treba najprej na podlagi dejstev (epidemiološke raziskave, socialno-ekonomsko stanje in vedenjski pogoji) in vzrokov (ekonomski, socialni, ekološki in zdravstveni) postaviti cilje, izbrati metode in strategijo dela, izdelati načrt ter ga takoj po izvedbi ovrednotiti. Z vrednotenjem programa ZV ugotovimo, ali je problem povsem odstranjen, zmanjšan ali povečan.

Oblike in metode zdravstvenovzgojnega dela z bolniki

Katero metodo in tehniko uporabimo pri ZV delu, je odvisno predvsem od velikosti skupine, organizacijske oblike, ki vpliva na metodo dela, in avdiovizualnih sredstev, ki so na razpolago predavatelju. Metode določajo, kako posredujemo znanje, razvijamo sposobnosti ter utrjujemo in preverjamo nove sposobnosti bolnikov. Metoda v bistvu predstavlja shemo dela zdravstvenega vzgojitelja (vrstni red, model in proces). Oblika dela je lahko frontalna, individualna in skupinska.

Pri hospitaliziranih bolnikih zaradi IBS so uporabne naslednje metode dela:

- razgovor v skupinah,
- predavanje,
- metoda rizika,
- metoda demonstracije,
- igranje vlog in
- individualno delo z bolnikom.

Metoda predavanja

Gre za sistematično predstavitev teme ZV večjemu številu bolnikov, na katero se predavatelj temeljito pripravi. S tem pokaže spoštovanje do bolnikov in jih obvezuje, da predavanju sledijo in sodelujejo v razpravi po predavanju.

Za predavanje na Kliničnem oddelku za kardiologijo so primerne naslednje teme: vzroki za nastanek IBS in simptomi IBS, ukrepanje ob napadu angine pectoris (stenokardija), dejavniki tveganja za IBS, rehabilitacija po AMI, življenje s srčnim infarktom, življenje s kroničnim srčnim popuščanjem, življenje s srčnim spodbujevalnikom in drugo.

Metoda demonstracije

Pri delu z majhno skupino slušateljev uporabljamo metodo demonstracije, ki zahteva aktivno sodelovanje udeležencev z opazovanjem. Ta metoda poteka po vnaprej pripravljenem načrtu in izhaja iz vnaprej postavljenih ciljev. Demonstracijo izvajamo s pomočjo različnih pripomočkov, kot so: videofilmi, kazanje

shem, tablic, diagramov in grafikonov, kazanje modelov, maket ter demonstracija gibov (nanašanje zdravil na kožo, masaža, dajanje injekcije ipd.).

Metoda rizika

Gre za pogovor z bolnikom, da ta lažje brez strahu izrazi svoje probleme. Ko predavatelj pri poslušalcih začuti strah in bojazen, jim ponudi možnost, da to na glas izrazijo, saj bodo tako začeli iskati nove načine za rešitev problema. Metoda rizika je zelo uporabna, saj bolnike vključuje in spodbuja, da sodelujejo v razgovoru in sami najdejo rešitve problemov. Spoznajo pomen skupinskega dela, ni jih več strah na glas izraziti svoje pomisleke, težave in dognanja.

Individualno delo z bolnikom ali intervju

To metodo ZV dela pri hospitaliziranih bolnikih najpogosteje uporabljamo. Spada med najuspešnejše metode dela, saj daje največ možnosti za informiranje, motiviranje in pristen stik z bolnikom.

Na Kliničnem oddelku za kardiologijo je ta metoda največkrat uporabljena. Gre za pogovor dveh oseb na štiri oči, ki se lahko opravi tudi med določenimi medicinsko-tehničnimi posegi, negovanjem bolnika ali pa povsem načrtno. Pri njej je poudarjen individualen pristop in celostna obravnava bolnika. Tudi bolniki so s to metodo dela najbolj zadovoljni, saj lahko sproti postavljajo vprašanja. Žal se intervju večkrat izvaja v bolniški sobi pred drugimi bolniki, ker ni ustreznega prostora za individualno delo z bolniki. Intervju je zelo pomemben, saj omogoča takojšnje povratne informacije, lahko preverimo bolnikovo znanje in njegova nova stališča do določenega problema. Ker gre za pristen medosebni odnos med MS in bolnikom, bolnik MS brez zadržkov zaupa svoj strah, bojazni in dvome.

Pri vseh zgoraj naštetih metodah dela lahko uporabljajo zdravstveni vzgojitelji še avdiovizualna sredstva, in sicer: grafoskop, videorekorder in diaprojektor. Izdelajo se prosojnice, ki jih uporablja več predavateljev. Na Kliničnem oddelku za kardiologijo se od audiovizualnih sredstev uporablja le grafoskop, za demonstracijo uporabljamo različne brošure, revijo »Za srce«, navodila za življenje po miokardnem infarktu doma in naslednje knjige o srčnih zboljenih:

- »Vse o srcu in žilah« (izdalo Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 1997);
- »Srčni infarkt« (Jerše, 1987);
- »Vračanje življenja srčnim bolnikom« (Jerše, 1984).

Aplikacija metode predavanja na kliničnem oddelku za kardiologijo

Pred odpustom v domačo oskrbo bolniki z IBS poslušajo predavanje o vplivih dejavnikov tveganja:

Zmanjševanje ali opustitev kajenja

Bolnike kadilce poučimo o nevarnostih nadaljevanja kajenja in jim svetujemo, kako naj prenehajo kaditi. V bolnišnici bolnik v času bolezni ne more in ne sme kaditi, tako ima priložnost, da z nekajenjem nadaljuje tudi doma. Bolnike seznanimo z načini prenehanja kajenja in kako naj pri tem vztrajajo. Prenehati kaditi je mnogo težje kot začeti. Bolniki se morajo za to odločiti sami, za kar je potrebna krepka volja in vztrajnost ter podpora svojcev in prijateljev. Bolnike seznanimo z naslednjimi načini prenehanja kajenja:

- postopno zmanjševanje števila dnevno pokajenih cigaret;
- akupunktura, ki jo mora izvajati le strokovnjak;
- odvajanje s pomočjo tablet;
- odvajanje z obližem;
- takojšnja opustitev kajenja.

Dokler se kadilec ne odloči, da bo popolnoma opustil kajenje, naj naredi vsaj tole:

- zniža količino pokajenih cigaret na deset na dan;
- cigareto pokadi samo do polovice;
- ne kadi v prostoru, med sprehodom, med hojo po cesti, med rekreacijo;
- plitko in poredko vdihava cigaretni dim;
- dela daljše časovne razmake med eno in drugo cigareto;
- ne kadi pred otroki in mladino;
- določi si dan, ko bo opustil kajenje.

Srčnega bolnika je treba poučiti, da je kajenje najboljše opustiti takoj, brez oklevanja. Pri tem je pomembno sodelovanje družine, svojcev in sodelavcev, da pred njim ne kadijo in ga ne spodbujajo h kajenju.

Zvišane maščobe v krvi in srčni bolnik

Bolnik z zvišanimi maščobami v krvi naj upošteva:

- uživanje uravnotežene in varovalne prehrane (dieta z manj maščobami);
- redno jemanje predpisanih zdravil za zniževanje maščob v krvi;
- občasni laboratorijski pregledi za določanje maščob v krvi;
- vzdrževanje normalne telesne teže;
- redna organizirana telesna vadba;
- shujševalne diete pri prekomerni telesni teži.

Redna telesna dejavnost srčnega bolnika

Zelo pomembno je, da je bolnik v času hospitalizacije redno telesno dejaven, za kar v veliki meri poskrbita njegov fizioterapevt in MS/ZT. S telesno dejavnostjo naj nadaljuje tudi doma. Zelo pomembna je družinska rekreacija, saj so pri njej aktivni vsi člani družine. Družinska rekreacija vpliva na psihične sposobnosti varovanca, krepi njegove vitalne funkcije ter preventivno deluje na dejavnike tveganja za IBS.

Telesna vadba naj se izvaja najmanj dvakrat tedensko ali vsak dan od 5 do 10 minut. Najprej je treba telo ogreti, sledi obremenitev, ki ji sledi umirjanje, kar znaša skupaj 30 minut. Najbolje je, če varovanec vadi vsak dan in obremenitev prilagaja zmogljivostim glede na starost ter s tem ugodno vpliva na krepitev delovanja srca, pospešitev krvnega obtoka in boljšo preskrbo tkiv s kisikom. Privoščji naj si naslednje športne dejavnosti: hitra hoja, tek, trim steza, kolesarjenje, plavanje, tek na smučeh, smučanje ipd. Športne igre: košarka, odbojka, rokomet, namizni tenis ipd.

Pravilna in zdrava prehrana srčnega bolnika

Za srčnega bolnika je zelo pomembno, da se čim bolj zdravo prehranjuje. Osnovni dietni ukrep pri tem bolniku je vzdrževanje normalne telesne teže oziroma redukcija zvišane telesne teže. Zmanjšati mora vnos maščob ter zvišati vnos zaščitnih snovi (vitamini, rudnine ter balast), znižati količino soli in popitega alkohola. Tisti, ki imajo zvišano telesno težo, naj čim prej shujšajo s pomočjo redukcijske diete ter z izvajanjem vsakodnevnih dejavnosti. Hrana naj bo energijsko revnejša, z manj nasičenimi maščobnimi kislina in sladkorji ter z veliko sadja in zelenjave. Poleg redukcijske diete so za srčnega bolnika priporočljive še azijska, mediteranska, ribja in vegetarijanska dieta. Pri redukcijski dieti naj bolnik upošteva:

- 3 do 6 obrokov na dan;
- redna telesna aktivnost;
- maščobe od 15 do 30 % celodnevni energijskih potreb; izločitev vseh mastnih živil, uporaba nenasičenih maščobnih kislin (olivno olje);
- dnevno 60 do 90 gramov pustega mesa ali ustreznih zamenjav, ribe 2 do 3-krat na teden, posneto mleko in pusti siri;
- čim manj sladkorja, nobenih sladic z veliko maščob in rumenjakov in dodanih sladkorjev;
- sadje in zelenjava (400 gramov na dan);
- polnovredni žitni izdelki (balast, vitamini in rudnine);
- manj soli (3 grame na dan);
- nobenih živil, ki jim s proizvodnjo dodajajo sol;
- dovoljeno 2 do 3 dl rdečega vina ali 3 do 5 dl piva;
- dovoljeno 1 do 2 lahki kavi na dan.

Azijska dieta vsebuje veliko riža in drugih žit ter malo maščob. Mediteranska dieta vsebuje 40 % ali več maščob, predvsem olivno olje oziroma mononenasičenih maščobnih kislin, ki gredo na račun ogljikovih hidratov, vsebuje veliko sadja, zelenjave, stročnic, rdeče vino in začimbe, v katerih je veliko zaščitnih snovi. Značilno za ribjo dieto je veliko rib in morskih sadežev, ker vsebujejo veliko maščob omega tri. Pri vegetarijanski dieti pa prevladujejo predvsem sadje in zelenjava, morski sadeži, posneto mleko, sir (manj masten), žitarice (žito, ječmen ipd.) in soja.

Bolnike je treba poučiti, da je zaščitnih snovi največ v sadju, zelenjavi, nekaterih naravnih začimbah in različnih semenih. Zaščitnih snovi ne sme prezreti, ker zavirajo nastanek ateroskleroze. Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) zdrava prehrana vsebuje 30 % maščob, nad 10 % mononenasičenih maščobnih kislin (mediteranska dieta), najmanj 400 gramov sadja in/ali zelenjave ter več kot 5 % energijske vrednosti dnevnega obroka iz ogljikovih hidratov (polnovredne žitarice, sadje, zelenjava: vegetarijanska in makrobiotična dieta) (Pokorn, 1997).

Stres in srčni bolnik

V času hospitalizacije se je treba veliko pogovarjati z bolnikom, da lahko izpostavi svoje strahove, nezaupanja in reakcije ob stresnih situacijah. Le tako mu bo MS lahko pomagala in ga naučila obvladovanja stresa. Bolnika je treba poučiti, kako bo najlažje premagal stresne situacije:

- z rednimi vajami za telesno in duševno sprostitvev,
- z redno telesno dejavnostjo,
- s povezanostjo s svojci v času hospitalizacije in kasneje doma ter – s povezanostjo z njegovimi prijatelji, znanci in sorodniki.

Pri srčnih bolnikih je treba doseči, da znajo:

- sprostiti notranjo napetost,
- doseči prilagodljivost za izbiro med dvema možnostma,
- doseči umirjenost dela in akcij,
- sprejeti razumevanje do okolice,
- sprejeti nov način življenja.

Danes se ljudje vedno bolj zatekajo k avtogenemu treningu, ki omogoča popolno sprostitvev. Avtogeni trening lahko izvajajo sami ali s pomočjo strokovnjaka. Ko posameznik obvlada avtogeni trening, lahko sam uravnava toploto nog, delovanje prebavil, hitrost utripanja srca itn.

Varovanje in skrb za normalni krvni tlak

Po odpustu v domačo oskrbo je dobro, da si bolniki z zvišanim krvnim tlakom priskrbijo merilec krvnega tlaka za redno spremljanje vrednosti krvnega tlaka doma. Bolnika poučimo o rednem beleženju izmerjenih vrednosti krvnega tlaka (kartonček, ki ga na kontrolo pri kardiologu bolnik prinese s sabo), rednem jemanju predpisanih zdravil (zakaj in kdaj), občasnem merjenju krvnega tlaka v ambulanti splošnega zdravnika, uživanju manj slane hrane, odpravi debelosti, zdravi prehrani, omejitvi uživanja alkoholnih pijač in opustitvi kajenja.

Sladkorna bolezen in srčni bolnik

Srčni bolniki s sladkorno boleznijo naj upoštevajo naslednja navodila:

- pravilna prehrana in redna telesna vadba na delovnem mestu, v šoli, domačem okolju in lokalni skupnosti;
- redno uživanje dietne prehrane in dietnih sokov;
- redne kontrole krvnega sladkorja;
- takojšnji obisk pri zdravniku v primeru poslabšanja.

Sklep

Zdravstvena vzgoja je zelo pomembna za zmanjševanje zbolewnosti in smrtnosti zaradi IBS. Z ZV skušajo zdravstveni delavci/vzgojitelji varovancem/bolnikom posredovati znanje, večšine, spretnosti, informacije in navade, ki vplivajo na zdrav način življenja. Varovanci/bolniki se morajo zavedati, da sami, in ne zdravstveni delavci/vzgojitelji, vplivajo na svoje zdravje. Ti jim le pomagajo, da lažje dosežejo optimalno zdravje in dobro počutje. Z ZV je treba doseči, da bodo varovanci/bolniki spoznali, da ni dovolj poznavanje dejavnikov tveganja za nastanek IBS, temveč jih je treba tudi upoštevati v načinu življenja. Zdravstveni delavci/vzgojitelji: profesor ZV, zdravnik, MS, in delno ZT, v bolnišnici izvajajo ZV s pomočjo različnih oblik in metod dela. Na Kliničnem oddelku za kardiologijo se kot metoda dela največ uporabljata predavanje in intervju, ki omogočata takojšnjo povratno informacijo o razumevanju posredovane snovi. ZV mora biti permanenten proces ves čas bolnikove hospitalizacije ter naj se nadaljuje v primarnem zdravstvenem varstvu (delo patronažnih MS in MS v zdravstvenih domovih).

Za uspešno zdravstvenovzgojno delovanje so zelo pomembni tudi programi ZV na nacionalni ravni, ki morajo potekati enotno po vsej Sloveniji ter permanentno za vse varovance/bolnike. Programe ZV naj izdelajo profili z ustreznim zdravstvenovzgojnim znanjem in večletnimi praktičnimi delovnimi izkušnjami (visokošolska izobrazba zdravstvenovzgojne in pedagoške smeri ter visokošolska izobrazba družboslovne in medicinske smeri).

Vse premalo pa se nekateri zavedajo, da so stroški za korektno izvajanje zdravstvenovzgojnih programov nedvomno manjši kakor stroški za zdravljenje določenih zbolewn ali celo stroški ob prezgodnji smrti. Ko se bodo tega zavedali vsi, ki imajo možnost odločanja, kam naj se usmeri denar, ki je na razpolago zdravstvenemu varstvu, bo več denarja namenjenega primarnemu zdravstvenemu varstvu. Šele takrat bo veljal rek: lažje (ceneje) je preprečevati kakor zdraviti.

Literatura

1. Furst J, Tepeš B, Lavrič J, Košutič J. Analiza kardiovaskularnih dejavnikov tveganja pri slovenskih poslovnežih. *Zdrav Vestn* 1995; 64: 623–7.
2. Hoyer S. Zdravstvena vzgoja in prosveta. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1995.
3. Jelenc Z. Svetovalno delo pri vzgoji in izobraževanju odraslih. Ljubljana: Dopisna delavska univerza Slovenije, 1982: 7–57.
4. Komadina D, Boh K. Nove usmeritve zdravstvene vzgoje. *Zdrav Vestn* 1996; 65: 17–8.
5. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994.
6. Kvas A. Dejavniki tveganja pri bolnikih z ishemično boleznijo srca. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta in Visoka šola za zdravstvo, 1997.
7. Lazar I, Premik M. Odnos slovenskih zdravnikov do zdravega načina življenja. *Zdrav Vestn* 1997; 66: 17–20.
8. Ministrstvo za zdravstvo. Plan zdravstvenega varstva republike Slovenije do leta 2000. Ljubljana, 1993: 17–9.
9. Pokorn D. Alternativne oblike v preventivi bolezni srca in ožilja. *Zdrav Var* 1997; 36: 253–4.
10. Pokorn D. Prehrana in kronične bolezni v Sloveniji. *Zdrav Var* 1996; 35: 277–83.
11. Ravnikar B, Žalar A. Zdravstvena vzgoja za utrjevanje zdravja pri prevenciji kardiovaskularnih bolezni. *Zdrav Var* 1988; 28: 39–40.
12. Reja D. Uvod v študij zdravstvene vzgoje. *Zdrav Var* 1977; 16: 1–37.
13. Standard K, Kaplau A. Health education: new approaches. *Wo Chronicle* 1983; 37: 61–4.
14. Stanič-Stefan S, Bulc M, Kovač-Blaž M et al. O zdravju srca. Viktorijska deklaracija. Ljubljana: Svetovalni odbor Mednarodne konference o zdravju srca, 1994.
15. Stergar E. Zdravstvenovzgojna dejavnost v letih 1990–1994. *Zdrav Var* 1994; 33: 235–8.
16. Svetlik I. Kakovost življenja v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede Ljubljana, 1996.
17. World Health Organization. New policies for health education in PHC. Geneva: WHO, 1982: 1–20.
18. Žalar A. Analiza zdravstvenovzgojnega dela s kardiovaskularnimi bolniki, s poudarkom na hipertoničnih, v zdravstvenih organizacijah v Sloveniji. *Zdrav Var* 1992; 32: 103–8.