

The nurse and nursing in ischemic heart disease secondary prevention

Sestra a ošetrovatelstvo v sekundárnej prevencii ischemickej choroby srdca

Horanská V¹, Lizáková Ľ², Kalinin P¹, Mašterová V²

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav Bl. Z. Mallu, Košice, Slovenská republika

Horanska V, Lizakova L, Kalinin P, Masterova V. **The nurse and nursing in ischemic heart disease secondary prevention.** Cardiology Lett. 2015;24(3):150–155

Abstract. The aim was to highlight the possibilities as to how nurses may help in the secondary prevention of ischemic heart disease. In analysis of the results we found that in respondents from the group modifiable risk factors were reported in the following order: arterial hypertension, stress, dyslipidemia, obesity, poor diet, smoking, diabetes, physical inactivity. The information that respondents received from IHD nurses was considered sufficient. The low level of knowledge on self-reported diseases may be due to a lack of health awareness, which in turn also affects their attitude to the elimination of risk factors for IHD. Respondents presented sufficient information, but its application in life is not always the best. It is therefore necessary to increase participation in the microenvironment of patients, which should help patients adhere to the principles of good diet. The role of nurses cannot be significantly increased. Fig. 2, Ref. 9, Online full text (Free, PDF) www.cardiology.sk

Key words: activities of nurses – nursing – prevention – ischemic heart disease – risk factors

Horanská V, Lizáková Ľ, Kalinin P, Mašterová V. **Sestra a ošetrovatelstvo v sekundárnej prevencii ischemickej choroby srdca.** Cardiology Lett. 2015;24(3):150–155

Abstrakt. Cieľom práce bolo poukázať na možnosti sestier pri sekundárnej prevencii ischemickej choroby srdca. Na základe analýzy výsledkov sme zistili, že respondenti zo súboru uvádzali ovplyvniteľné rizikové faktory v nasledujúcom poradí: artériová hypertenzia, stres, dislipidémia, obezita, nevhodná životospráva, fajčenie, diabetes mellitus a telesná inaktivita. S informáciami, ktoré respondenti získali od sestier o ICHS, boli spokojní a považovali ich za dostatočné. Nízka úroveň vedomostí respondentov o ich ochorení môže byť dôvodom pre nedostatočné zdravotné uvedomenie, čo následne ovplyvňuje aj ich postoj k eliminácii rizikových faktorov ICHS. Respondenti majú dostatok informácií, ale ich uplatnenie v živote nie je vždy optimálne. Preto je nevyhnutné zvýšiť účasť mikroprostredia pacientov, ktoré by malo pomôcť pacientom dodržiavať zásady správnej životosprávy. Úlohy zdravotných sestier nie je možné výraznejšie extendovať. Obr. 2, Lit. 9, Online full text (Free, PDF) www.cardiology.sk

Kľúčové slová: úlohy sestry – ošetrovatelstvo – prevencia – ischemická choroba srdca – rizikové faktory

Sestry a samotné ošetrovatelstvo sa svojou činnosťou, či už konkrétnymi ošetrovateľskými intervenciami alebo edukáciou, podieľajú na prevencii: primárnej, sekundárnej i terciárnej. Edukácia je neoddeliteľnou súčasťou prevencie, liečby, ako aj

následnej zdravotnej starostlivosti. Edukačná činnosť sestry v ošetrovateľskej praxi je zvýraznená pacientovou potrebou informácií, potrebou zvyšovania úrovne vedomostí o ochorení so zámerom adaptovať sa na zmenenú životnú situáciu

Z ¹Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav Bl. Z. Mallu v Košiciach a ²Prešovskej univerzity v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešov, Slovenská republika

Do redakcie došlo dňa 13. mája 2015; prijaté dňa 18. mája 2015

Adresa pre korešpondenciu: PhDr. Ľubomíra Lizáková, PhD., Baššovského 2, 040 22 Košice, Slovenská republika, e-mail: lubomira.lizakova@unipo.sk

a prevenciu komplikácií. Profesionálnym prístupom všetkých členov ošetrovateľského tímu k edukácii možno zvýšiť zdravotné uvedomenie verejnosti, skvalitniť úroveň poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, znížiť morbiditu a mortalitu (1). Závažnosť a prevalencia kardiovaskulárnych ochorení, ako aj možnosti redukcie týchto chorôb prevenciou boli aj motívom na písanie tejto práce.

Cieľ

Cieľom práce bolo skúmať postoje pacientov k realizácii edukácie zo strany sestier medzi pacientmi s diagnózou ischemickej choroby srdca (ICHS) v rôznych premenných. Zamerali sme sa na informácie o ICHS, odkiaľ tieto informácie získali, či dané informácie viedli k zmene ich životného štýlu. Naš výskum je len jedným z uhlov pohľadu, preto výsledky prezentované v nasledujúcich častiach nemôžeme zovšeobecniť.

Metódy a postup výskumu

Charakteristika organizácie výskumu

Výskum sme realizovali v mesiacoch november a december 2009 u pacientov s diagnostikovanou ICHS hospitalizovaných a ambulantne liečených v referenčných zdravotníckych zariadeniach. Vyberali sme pracoviská, ktoré sa špecializujú na kardiovaskulárne ochorenia. Na overenie validity jednotlivých zistení sme sa rozhodli realizovať výskum v Slovenskej republike a v Českej republike. Za Slovenskú republiku sme ako referenčné pracovisko vybrali Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb a. s. Košice (VÚSCH) a za Českú republiku Inštitút klinickej a experimentálnej medicíny (IKEM) v Prahe. Tieto pracoviská súhlasili s realizáciou výskumu na ich pôde. Výsledky výskumu nemožno porovnávať medzi jednotlivými krajinami, pretože vzorky respondentov nie sú reprezentatívne.

Charakteristika vzorky výskumu

Výber vzorky bol realizovaný zámerne. Skupinu respondentov tvorili pacienti s diagnostikovanou ICHS. Zvolené kritérium malo zabezpečiť dostatočnú návratnosť a rozptyl vzorky. Oslovených bolo 600 respondentov, návratnosť dotazníkov bola 79,2 %. Výberový súbor tvorilo 475 respondentov. Z toho bolo 252 respondentov z VÚSCH a 223 z IKEM. Z respondentov VÚSCH bolo 131 ambulantných a 121 hospitalizovaných respondentov. Vzorku z IKEM tvorilo 125 ambulantných a 127 hospitalizovaných respondentov. Priemerný vek celého súboru respondentov bol 59, smerodajná odchýlka bola 12, najmladší účastník mal 22 rokov a najstarší 87 rokov. V Slovenskej republike bol priemerný vek 58,48 rokov, smerodajná odchýlka 12,08; minimum 22 a maximum 87.

V Českej republike bol priemerný vek 60,2 rokov; smerodajná odchýlka 11,80; minimum 22 a maximum 87.

Z rodového hľadiska išlo o 64 % mužov a 33,89 % žien, žiadnu odpoveď neuviedlo 2,11 %. V zamestnaní pracuje skôr duševne 27,16 %, skôr fyzicky 19,58 %, duševne aj fyzicky pracuje 25,47 % a 27,79 % respondentov neuviedlo žiadnu odpoveď. Vysokoškolské vzdelanie malo 22,32 % respondentov, 61,69 % respondentov malo stredoškolské, 13,26 % respondentov malo základné a 13 respondentov (2,74 %) neuviedlo svoje najvyššie dosiahnuté vzdelanie. Bývanie v meste uviedlo 61,89 % respondentov, na vidieku 35,16 % respondentov, obe možnosti uviedlo päť respondentov (1,05 %) a deväť respondentov sa nevyjadrilo (1,89 %).

Nadhmotnosťou trpelo 70,95 % respondentov, 26,11 % respondentov nemalo nadhmotnosť a 14 respondentov (2,94 %) sa nevyjadrilo [za nadhmotnosť sa považovalo BMI $\geq$ 25 (Body Mass Index)]. Obvod pásu viac ako 102 cm ušlo 38 mužov (12,5 %) a viac ako 88 cm v páse uviedlo 32 žien (19,88 %).

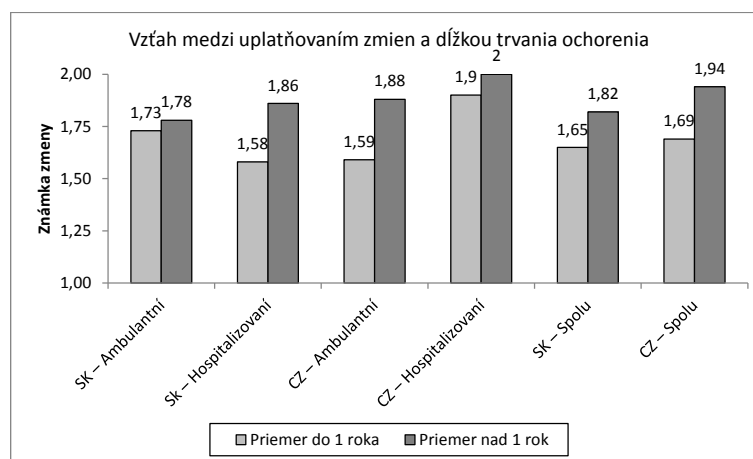
Charakteristika použitých metódik a štatistických postupov

Zber informácií sa realizoval formou dotazníka, ktorý obsahoval 28 položiek. Na základe potreby realizácie výskumu v Českej republike sme pôvodnú verziu dotazníka preložili do češtiny. Dotazník bol anonymný a v priebehu jeho vyplňovania sme rešpektovali aj etický aspekt. Poskytovanie a zber dotazníka zabezpečovali sestry, ktoré boli poučené o zbere údajov. Dotazník vyplňali respondenti osobne. Pri analýze jednotlivých položiek sa uvádza ich počet, pretože nie každý respondent sa vyjadril ku všetkým otázkam. Realizáciou výskumu predchádzala pilotáž, ktorej sa zúčastnilo 30 respondentov. Na jej základe sme vykonali isté štylistické úpravy na zjednodušenie otázok.

Pre potreby štatistického spracovania našich údajov sme využili softvér SPSS verzia 17.0. a nasledujúce štatistické metódy: Pearsonov korelačný koeficient (r), Studentov t -test (t), frekvenčná tabuľka, chí-kvadrát test (χ^2), deskriptívna štatistika.

Výsledky výskumu

Výskumom sme zisťovali, či majú hospitalizovaní respondenti viac informácií o svojom ochorení ako ambulantní respondenti. Na základe výsledkov t -testu sme zistili, že nejednotlivý významný rozdiel v miere informovanosti respondentov. Z testu vyplynulo, že ambulantní respondenti zo Slovenskej republiky sú viac informovaní ako hospitalizovaní respondenti. Tento rozdiel je však zanedbateľný a štatisticky nevýznamný. Naš predpoklad bol skôr taký, že viac informovaní budú hospitalizovaní respondenti. Predpokladali sme na základe toho, že trávajú viac času s ošetrovateľským personálom, a tak získajú



Obrázok 1 Komparácia priemerných hodnotení zmeny životného štýlu podľa dĺžky ochorenia pacientov s ICHS

Figure 1 The relationship between the implementation of changes and duration of the disease

viac informácií. Môžeme sa ešte domnievať, že v skupine ambulantných respondentov je vyšší počet novodiagnostikovaných pacientov s ICHS a ich záujem o informácie o danom ochorení je preto vyšší. Na základe prezentovaných výsledkov sme zistili, že nejednotnosť v miere informovanosti o svojom ochorení medzi ambulantnými a hospitalizovanými respondentmi v Slovenskej republike ani v Českej republike. Tento rozdiel sme overovali pomocou t-testu. Jeho hodnoty boli v oboch prípadoch nad 0,05.

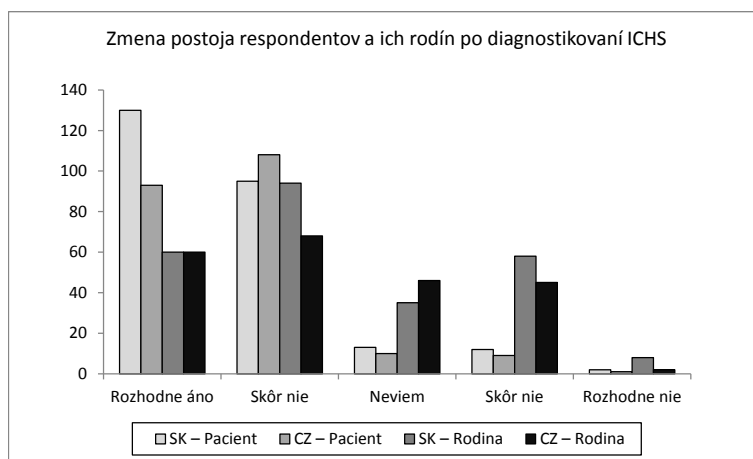
Ďalej sme zisťovali, či respondenti, ktorí trpia ICHS dlhšie ako jeden rok, uplatňujú informácie o zmene životného štýlu viac ako respondenti, ktorí trpia týmto ochorením kratšiu dobu. Analýzou získaných výsledkov sme zistili, že respondenti, ktorí sa liečia na ICHS kratšie ako jeden rok, uplatňujú informácie o zmene životného štýlu viac ako respondenti, ktorí trpia týmto ochorením dlhšie. Tieto rozdiely však neboli štatisticky významné (**obrázok 1**). Obe skupiny slovenských aj českých respondentov uplatňujú informácie o prevencii vo svojom živote.

Zamerali sme sa aj na to, či respondenti považujú informácie o ICHS a jej prevencii od sestry za dostatočné a zrozumiteľné. Pre overenie sme sledovali dve položky týkajúce sa obsahu, o čom by sestra mala informovať pri poučení o ISCH a posúdenia dostatku informácií o úprave životného štýlu pri ISCH. Tieto boli následne validované. Výsledky vnímame veľmi pozitívne. Až 71,2 % respondentov zo Slovenska a 69 % respondentov z Českej republiky sa vyjadrilo, že ich sestra informovala o ICHS a týmito informáciami aj rozumeli. Predpokladali sme, že respondenti síce informácie dostanú, ale nerozumejú ich obsahu z rôzneho dôvodu, napríklad pre používanie odborných termínov, nedostatok času a iné. Z hodnotenia tretej položky vyplynulo, že až 78,6 % zo Slovenskej republiky a 73,9 % respondentov z Českej republiky považuje informácie o ICHS zo strany sestry za dostatočné.

Na dokreslenie problematiky sme vyhodnotili aj položku, či sestra dostatočne poučila pacienta o ISCH. Pri hodnotení tejto položky sme zistili, že až 43,8 % respondentov zo Slovenskej republiky navrhuje zameranie sestier predovšetkým na prevenciu a zmenu životného štýlu. U respondentov z Českej republiky 42,9 % respondentov navrhuje, aby sa sestry zamerali viac na informácie o liečbe ochorenia. My by sme preferovali zameranie edukačnej činnosti sestier tiež na oblasť prevencie a životného štýlu. Nesmieme však zabúdať, že sestra je členkou zdravotníckeho tímu, a preto poskytovanie informácií je vždy v kooperácii s ostatnými členmi. Je nevhodné, aby sa informácie od jednotlivých členov zdravotníckeho tímu odlišovali. To môže u pacientov vyvolať pocit neistoty a nedostatočnej erudovanosti jednotlivých členov tímu.

Zaujímalo nás tiež, či štatisticky významná skupina respondentov zmenila po diagnostikovaní ICHS životný štýl nielen u seba, ale aj svojej rodiny. Na základe frekvenčných tabuliek je zrejmé, že 88,9 % slovenských respondentov a 89,3 % českých respondentov zmenilo svoj postoj k vlastnému zdraviu po diagnostikovaní ochorenia (pri vyhodnocovaní sme zlúčili odpovede rozhodne áno a skôr áno). Toto zistenie by sestry mali využiť najmä v oblasti sekundárnej a terciárnej prevencie pri aplikácii ďalších pozitívnych zmien životného štýlu. Zmenu životného štýlu celej rodiny po diagnostikovaní ICHS uviedlo 61,2 % respondentov zo Slovenska a 58,1 % českých respondentov (pri vyhodnocovaní sme zlúčili odpovede rozhodne áno a skôr áno) (**obrázok 2**).

Svoju pozornosť sme venovali aj problematike, či hospitalizovaní respondenti zmenili svoj životný štýl zásadnejšie ako ambulantní respondenti. Na základe výsledkov hodnotenia sme nezistili štatisticky významné zmeny v zmene životného štýlu medzi ambulantnými a hospitalizovanými respondentmi. Domnievali sme sa, že hospitalizovaní respondenti vzhľadom na pobyt v nemocnici vykonávajú razantnejšie zmeny vo svo-



Obrázok 2 Zmena životného štýlu a postoja k zdraviu respondentov a ich rodín po diagnostikovaní ICHS

Figure 2 Changing attitudes of respondents and their families after a diagnosis of IHD

jom živote. Náš predpoklad sa ale nepotvrdil. Zároveň nás negatívne prekvapili niektoré výsledky. Až 70 respondentov zo Slovenskej republiky a 58 respondentov z Českej republiky nezmenilo svoje stravovacie návyky. Dokonca 28 respondentov vyradilo zo svojho jedálnička po diagnostikovaní ICHS ryby. Takéto správanie nie je vhodné, pretože je všeobecne známe, že pri kardiovaskulárnych ochoreniach sa odporúča zvýšiť príjem nenasýtených mastných kyselín, ktoré majú ochranný charakter a vo veľkom množstve sa vyskytujú práve v rybách. Prekvapila nás aj odpoveď 30 respondentov, ktorí uviedli, že zo svojho jedálnička vyradili hydinu, ktorá sa považuje za chudé mäso a je vhodná na konzumáciu pri kardiovaskulárnych ochoreniach.

Na základe hodnotenia výsledkov pomocou chí-kvadrátu sme zistili štatisticky významné rozdiely len v dvoch prípadoch. Štatisticky významné rozdiely (Chi-Square 0,000) sme zistili v zmene životného štýlu, ktorý sa týkal stravovacích návykov, kde slovenskí ambulantní respondenti zmenili svoje stravovacie návyky razantnejšie ako hospitalizovaní respondenti. Tieto rozdiely sme však nezaznamenali u českých respondentov.

Ďalšie štatisticky významné rozdiely sme postrehli v oblasti relaxovania ambulantných respondentov (Chi-Square 0,038). Zistili sme, že slovenskí respondenti, ktorí sú liečení ambulantne, relaxujú viac ako hospitalizovaní respondenti. Predpokladáme, že to môže byť aj dôsledkom pokojného a známeho domáceho prostredia. Hospitalizovaní respondenti môžu výrazne trpieť zmenou prostredia a ich možnosti relaxácie sú aj týmto spôsobom obmedzené. U respondentov z Českej republiky sme nezaznamenali významné rozdiely.

Ďalej sme zisťovali aj to, či jestvuje rozdiel v rizikovitom správaní medzi pacientmi, ktorí sa liečia na ICHS do jedného roka a nad jeden rok. Analýzou výsledkov sme dospeli k záveru, že respondenti, ktorí trpia ICHS kratšie ako jeden

rok, sa v niektorých oblastiach správajú rizikovejšie ako respondenti, ktorí trpia týmto ochorením dlhšie. Štatisticky významné rozdiely sme pozorovali v oblasti stravovacích návykov, kde bol χ^2 0,042. Tento rozdiel bol zaznamenaný len u slovenských respondentov. Ďalšie štatisticky významné rozdiely sme pozorovali v oblasti kontroly krvného tlaku u slovenských respondentov, kde bol χ^2 0,015. Tieto výsledky môžu súvisieť aj s nedostatočnými zručnosťami pri meraní krvného tlaku, práve na túto oblasť by sa mali zamerať sestry. U respondentov oboch krajín sme pozorovali významné štatistické rozdiely v užívaní ordinovanej liečby, kde bol χ^2 u Slovákov 0,009 a u Čechov 0,005. Čo znamená, že respondenti, ktorí sa liečili na ICHS kratšie ako jeden rok, nevykonali zmenu svojho životného štýlu v oblasti dodržiavania predpísanej terapie. V ostatných sledovaných premenných sme nezaznamenali významné štatistické rozdiely. To znamená, že pacienti, ktorí trpia ICHS kratšie ako jeden rok, sa správajú štatisticky rizikovejšie len v troch oblastiach a zhoda u slovenských a českých respondentov nastala len v jednom sledovanom aspekte. Sestry by sa mali zamerať na edukáciu a sledovanie pacientov do jedného roka. Na základe nášho výskumu by mali venovať viac pozornosti stravovacím návykom, meraniu krvného tlaku a pravidelnému užívaniu ordinovanej liečby.

Diskusia

Vzhľadom na to, že sestra edukuje pacienta o možnostiach redukcie relapsov ICHS (2), prevencia je aj záujmom ošetrovatelstva. Štefja (3) uvádza, že spoločnosť potrebuje predovšetkým zmenu životného štýlu, dôslednú komunikáciu a následne medicínu založenú na dôkazoch. Snažili sme sa poukázať aj na možnosti zamerania sestier v procese edukácie

orientovaného na zmenu životného štýlu pacientov s ICHS. Profesor C. Brotson prezentoval niektoré výsledky výskumov zameraných na prevenciu a podporu zdravia. Uvádza, že pre pracovnú zataženosť a nedostatok času nie sú preventívne aktivity implementované do praxe. Zároveň poukazuje na skutočnosť, že zdravotníci pociťujú len minimálny efekt vlastných edukačných zásahov (4). Z nášho výskumu vyplynulo, že pacienti s ICHS sú spokojní s formou, obsahom a množstvom podaných informácií o ICHS od sestier. Zmenu životného štýlu ale nepotvrdzujú tak razantne.

Na základe výsledkov vnímame postavenie sestier pri poskytovaní informácií pozitívne. Viac ako dve tretiny respondentov sa vyjadrilo, že ich sestra informovala o rizikových faktoroch ICHS a týmto informáciám aj rozumeli a považovali ich za dostatočné. Preferujeme zameranie edukačnej činnosti sestier na oblasť prevencie a zmenu životného štýlu pri ICHS. Samozrejme nesmieme zabúdať, že sestra je členkou zdravotníckeho tímu, a preto poskytovanie informácií je vždy v kooperácii s ostatnými členmi. Nie je vhodné, aby sa informácie od jednotlivých členov zdravotníckeho tímu odlišovali. To môže u pacientov vyvolať pocit neistoty a nedostatočnej erudovanosti jednotlivých členov tímu.

Gulášová (5) uvádza vo svojej práci, že viac ako polovica pacientov s aterosklerózou, ktorá je aj príčinou ICHS, má dostatok informácií o svojom ochorení a správnej životospráve pri nej. Napriek tomu 48 % pacientov občas porušuje tieto zásady.

Výsledky nášho výskumu potvrdili, že pacienti s ICHS uplatňujú informácie o prevencii vo svojom živote bez zreteľa na dĺžku trvania ochorenia. Neexistuje významný rozdiel v informovanosti o svojom ochorení medzi ambulantnými respondentmi a hospitalizovanými respondentmi. Dokonca vyššiu informovanosť prezentovali ambulantní respondenti. Predpokladali sme, že hospitalizovaní respondenti trávajú viac času s ošetroujúcim personálom a tak získajú viac informácií. Môžeme sa ešte domnievať, že v skupine ambulantných respondentov je vyšší počet novodiagnostikovaných pacientov s ICHS a ich záujem o informácie o danom ochorení je preto vyšší. Diagnostikovanie ICHS zmenilo postoj respondentov k ich vlastnému zdraviu a zároveň aj životný štýl rodinných príslušníkov.

Z porovnania štúdie EUROASPIRE I, II, III, ktorá sa zaoberala sekundárnou prevenciou ICHS vyplýva, že za desať rokov došlo k poklesu prevalence zvýšenej sérovej koncentrácie cholesterolu v dôsledku farmakoterapie. Napriek tomu, že väčšina pacientov užíva antihypertenzíva, prevalencia zvýšeného krvného tlaku sa nezmenila (predpokladá sa artefakt vyvolaný meraním). Úplne zlyhali intervencie týkajúce sa životného štýlu. Dôsledkom bola stále vysoká prevalencia fajčenia a nárast obezity a diabetu. Z uvedeného jasne vyplýva, že farmakoterapia nestačí a je nevyhnutná zmena životného štýlu nielen pacienta, ale celej rodiny (2). Kilíková a Chrabřečková (6) vo svojom prieskume hovoria o výskyte ovplyvniteľných

rizikových faktoroch ICHS pri kontrolnom vyšetrení a o 12 a viac mesiacoch, kde aj napriek intervencii nedošlo k zmeně v oblasti zníženia hmotnosti a nefajčenia. Naopak, došlo k poklesu systolického krvného tlaku a cholesterolu.

Jurkovičová (6) uvádza 80 % vplyv výživy na vzniku kardiovaskulárnych ochorení. Líšková (7) uvádza, že 50 % pacientov s ICHS nedodržiava správnu životosprávu. Ako nevhodné potraviny pri ICHS pacienti uviedli údeniny, vajcia a sladené nápoje v 41 %. 22 % pacientov uviedlo ako nevhodné potraviny mliečne výrobky, ryby a zeleninu.

Negatívne prekvapili niektoré výsledky nášho výskumu. 128 respondentov nezmenilo svoje stravovacie návyky. Dokonca niekoľko respondentov vyradilo zo svojho jedálneho po diagnostikovaní ICHS ryby. Takéto správanie považujeme za nevhodné, vzhľadom na odporúčania zvýšiť príjem nenasýtených mastných kyselín, ktoré majú ochranný charakter a vo veľkom množstve sa vyskytujú práve v rybách. Prekvapila nás aj odpoveď respondentov, ktorí uviedli, že zo svojho jedálneho vyradili hydinu, ktorá je vhodná na konzumáciu pri kardiovaskulárnych ochoreniach.

Okrem iného sme zistili, že ambulantní respondenti zmenili svoj životný štýl v oblasti stravovania výraznejšie ako hospitalizovaní respondenti. Líšková (7) uvádza realizáciu kontroly tlaku krvi v 50 % nepravidelne. My sme analýzou výsledkov dospeli k záveru, že respondenti, ktorí trpia ICHS kratšie ako jeden rok, sa v niektorých oblastiach správajú rizikovejšie ako respondenti, ktorí trpia týmto ochorením dlhšie. Sestry by sa preto mali zamerať najmä na edukáciu a sledovanie pacientov do jedného roka. Na základe nášho výskumu by sa mali viac venovať stravovacím návykom, meraniu krvného tlaku a pravidelnému užívaniu ordinovanej liečby. Pozorovali sme rozdiely v oblasti kontroly krvného tlaku, kde pacienti, ktorí trpeli ICHS kratšie ako jeden rok si nemerajú krvný tlak pravidelne. Tieto výsledky môžu súvisieť aj s nedostatočnými zručnosťami pri meraní krvného tlaku, práve na túto oblasť by sa mali zamerať sestry.

Husárová (8) upozorňuje sestry na dôsledky nesprávnej edukácie v znížení dôvery pacienta k zdravotníkovi. Ďalší prieskum o poskytovaní informácií uvádza, že až 60 % sestier sa vyjadrilo, že ich edukácia je systematická, ale v kontrolnej otázke len 40 % sestier vie, o čom presne bol pacient edukovaný. Preto je vhodná otázka, aká je kvalita edukácie zo strany sestier, keď až 60 % sestier si len myslí, o čom edukovala ich kolegyňa, alebo vedú svoju edukáciu úplne nezávisle. Aj tento poznatok by mal byť stimulom na vypracovanie edukačných plánov a ich štandardizácia by mohla zlepšiť edukačný proces s tým, že sestry by presne vedeli, o čom edukovala ich kolegyňa a zároveň by nemuseli vypracúvať u každého pacienta edukačný plán, ale mali by ho predpripravený. To v konečnom dôsledku znamená, že by venovali viac času pacientom a nie dokumentovaniu edukačného plánu (9).

Z výsledkov nášho výskumu vyplýva, že respondenti sú spokojní s informáciami, ktoré im poskytujú sestry o ICHS

a jej prevencii a považujú ich za dostatočné. Treba však upozorniť na to, že pacienta musíme neustále motivovať a navrhovať reálne a dosiahnuteľné edukačné ciele.

Záver

Kardiovaskulárne ochorenia postihujú populáciu na celom svete. Úlohou sestier je pomáhať pacientom nadobúdať, udržiavať a prinavracieť zdravie. Neoddeliteľnou súčasťou tejto pomoci je aj odovzdávanie informácií. Predpokladom efektívnej spolupráce s pacientom na ošetrovateľskom a liečebnom procese je dobrá úroveň pacientových vedomostí o svojom zdraví a možnostiach, ako ho môže zlepšiť. Dané poznanie mu umožní zamerať sa na faktory, ktoré vie ovplyvniť pre zlepšenie svojho zdravia. Týmto spôsobom zapájame pacienta hlbšie do liečebného procesu, podporujeme prevenciu a znižujeme progresiu ochorenia.

Ovplyvnenie rizikových faktorov ICHS je hlavným cieľom, na ktorý sa v sekundárnej prevencii máme zamerať. Výchova k zdraviu je cieľom podpory primárnej a sekundárnej prevencie kardiovaskulárnych ochorení. Podpora zdravia je učenie populácie o zdravom spôsobe života, ktorý má vplyv na predchádzanie ochoreniam ešte pred ich vznikom a je z ľudského a ekonomického pohľadu najefektívnejším riešením. Každý z nás sa môže aktívne podieľať na vlastnom zdraví. Z začať môžeme od zmeny postoja k vlastnému zdraviu a tým urobiť základný krok k zlepšeniu svojho zdravia.

Na základe analýzy výsledkov sme zistili, že respondenti zo súboru uvádzali ovplyvniteľné rizikové faktory v nasledujúcom poradí: artériová hypertenzia, stres, dislipidémia, obezita, nevhodná životospráva, fajčenie, diabetes mellitus, telesná inaktivita. S informáciami, ktoré respondenti získali od

sestier o ICHS, boli spokojní a považovali ich za dostatočné. Nízka úroveň vedomostí respondentov o ich ochorení môže byť dôvodom k nedostatočnému zdravotnému uvedomeniu obyvateľstva, čo následne ovplyvňuje aj ich postoj k eliminácii rizikových faktorov ICHS. Ovplyvňovanie rizikových faktorov znamená meniť životný štýl jedincov. Respondenti prezentujú dostatok informácií, ale ich uplatnenie v živote nie je vždy zásadné. Preto je nevyhnuté apelovať aj na rodinných príslušníkov, ktorí by mohli pacientom s ICHS pomôcť dodržiavať zásady správnej životosprávy pri tomto ochorení.

Literatúra

1. Dimunova L, Rakova J. Edukácia ako súčasť ošetrovateľskej starostlivosti vo vnútornom lekárstve. In: Babčák M. a kol. Vybrané kapitoly z internej propedeutiky, výživy a ošetrovatelstva. Prešov: DAH; 2009:206.
2. Simon J, Rosolova H, Mayer O, jr. Preventivní kardiologie 1995–2005. Úspěchy i zklamání (EUROASPIRE I, II, III). Cor Vasa 2009;51(2):123-127. <http://www.e-coretrvasa.cz>.
3. Stejfa M. Zamyšlení nad současnými kardiologií. Cor Vasa 2009;51(6):430-443. <http://www.e-coretrvasa.cz>
4. Sinicak M, Sinicakova, V, Pahuli K, Solarova Z. Nenahraditelná úloha. Sestra 2006;(11-12):16-17.
5. Gulasova I, Zacharova, Ried I. Životospráva a zdravotný stav pacienta s aterosklerózou. Sestra 2009;(9-10):32-33.
6. Kilikova M, Chrabreckova M. Rizikové faktory a sebahodnotenie zdravia. Sestra 2008;(9-10):33-34.
7. Liskova M. Prevencia ischemickej choroby srdca. Sestra 2009;(9-10):28-29.
8. Husarova V. Otázky a umenie edukácie. Sestra 2008;(3-4):10.
9. Horanska V, Lizakova L, Sovova K. Využitie edukácie v práci zdravotných sestier. In: Multidisciplinárny prístup pomáhajúcich profesií. Ústí nad Labem 2007:223-228.