



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

ZDRAVSTVENA VZGOJA PACIENTOV S HIPERTENZIJO NA PRIMARNI RAVNI

HEALTH EDUCATION OF PATIENTS WITH HYPERTENSION AT THE PRIMARY LEVEL

Mentorica: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič
Somentorica: Mateja Bahun, asist.

Kandidatka: Alisa Lika

Jesenice, marec, 2013

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič in somentorici asist. Mateji Bahun, ki sta mi bili z napotki, znanjem in nasveti v veliko pomoč pri izdelavi diplomske naloge.

Zahvaljujem se vsem izvajalkam zdravstvenovzgojnega dela v zdravstvenih domovih in vsem udeležencem delavnic CINDI , ki so sodelovali v moji raziskavi.

Zahvala gre tudi lektorici Kseniji Pečnik, prof. slov. jezika, za lektoriranje diplomskega dela.

Posebna zahvala gre moji družini, predvsem očetu in mami ter fantu, ki so mi ves čas stala ob strani in me spodbujali, da sem dosegla zastavljeni cilj.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Hipertenzija ali visok krvni tlak je bolezen, ki navadno ne povzroča težav, treba pa jo je zdraviti. Na izboljšanje zdravstvenega stanja lahko posameznik vpliva z zdravim načinom življenja. Tega pa lahko udejanji le, če je ustrezno poučen o svoji bolezni in dejavnikih tveganja, ki vplivajo na razvoj bolezni.

Cilj: Cilj raziskave je bil ugotoviti poučenost pacientov z visokim krvnim tlakom o svoji bolezni ter njihovo seznanjenost z zdravim načinom življenja in dejavniki tveganja ter s preventivnimi programi za zdravje, ki potekajo v okviru delavnic CINDI v njihovem kraju.

Metoda: V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda dela. Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, ki je obsegal 24 vprašanj. Raziskava je bila izvedena v zdravstvenih domovih Jesenice, Bled, Tržič in Kranj. Udeležencem delavnic CINDI smo v obdobju april–maj 2012 razdelili 115 anket, vrnjenih pa smo jih prejeli 89 (77 %). Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS 20.0. Uporabili smo univariatno in bivariatno statistično analizo.

Rezultati: Raziskava kaže, da anketirane osebe zelo dobro oz. dobro poznajo (87 %) bolezen in vzroke za njen nastanek. Pravilno vrednost visokega krvnega tlaka pozna 65 % anketiranih oseb. 53 % anketirancev ni spremenilo življenjskega sloga kljub ugotovljeni bolezni in 95 % poznavanju nezdravega življenjskega sloga. Največ informacij pridobijo pri svojem izbranem zdravniku (77 %) in na delavnicah CINDI (45 %). 84 % jih meni, da medicinska sestra poda dovolj informacij o nevarnosti visokega krvnega tlaka. Zdravstvenovzgojne programe poznajo v 60 %.

Razprava: Rezultati kažejo na nedosledno upoštevanje navodil in priporočil. Največjo uganko še vedno predstavlja, kako ljudi motivirati, da bi kljub svoji bolezni spremenili življenjski slog ter tako zmanjšali obolevnost in umrljivost. Medicinska sestra ima pri tem zagotovo pomembno vlogo.

Ključne besede: zdravstvena vzgoja, dejavniki tveganja, srčno-žilne bolezni, visok krvni tlak, CINDI.

ABSTRACT

Background: Hypertension is a condition that typically does not cause any problems but it should be treated. Individuals can improve their health status by adopting and maintaining a healthy lifestyle. That can only be implemented if they are well informed about their condition and the risk factors associated with it.

Aims: The aim of the study was to determine how much patients with high blood pressure know about their condition and to determine the awareness of a healthy lifestyle, risk factors for hypertension and prevention programs and workshops organized by the Chronic Diseases Prevention Centre CINDI in their hometown.

Methods: A quantitative study design of data collection was employed. We distributed a questionnaire containing 24 questions. The study was conducted in Community Health Centres Jesenice, Bled, Tržič, and Kranj. During April and May 2012, a total of 115 questionnaires were distributed among CINDI workshop participants, of which 89 were returned, making the response rate 77%. Data were processed using statistical programme SPSS 20.0, specifically univariate and bivariate statistics.

Results: Research results revealed that respondents were very familiar or familiar (87%) with the condition and its causes. The range of high blood pressure was known to 65% of respondents. Despite having been diagnosed with hypertension and being familiar with unhealthy lifestyle risk factors (95%), a total of 53% of respondents did not adapt their lifestyle. On average, respondents receive most information about hypertension from their GPs (77%) and at CINDI workshops (45%). A total of 84% of respondents feel that nurses can provide them with sufficient information about the risk of high blood pressure. Awareness of and participation in health education programs was 60% among the respondents.

Discussion: Results show that respondents did not follow the instructions and recommendations consistently, which is the biggest problem for all health professionals. The greatest challenge remains how to motivate hypertensive patients to change their lifestyle and thus lower the morbidity and mortality rates. In this respect, nurses certainly play a crucial role.

Key words: health education, risk factors, cardiovascular disease, high blood pressure, Chronic Diseases Prevention Centre CINDI.

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
2.1	NAJPOGOSTEJŠE KRONIČNE NENALEZLJIVE BOLEZNI.....	3
2.1.1	Srčno-žilne bolezni	4
2.2	DEJAVNIKI TVEGANJA V ŽIVLJENJSKEM SLOGU POSAMEZNIKA	5
2.2.1	Kajenje	5
2.2.2	Nezadostna telesna dejavnost, debelost, prehranske navade.....	6
2.2.3	Alkohol.....	8
2.2.4	Prekomerna raba soli	9
2.3	VISOK KRVNI TLAK.....	10
2.3.1	Definicija, klasifikacija visokega krvnega tlaka.....	10
2.3.2	Pogostost in pomembnost visokega krvnega tlaka	11
2.3.3	Kaj povzroča visok krvni tlak	13
2.3.4	Merjenje krvnega tlaka	13
2.4	ZDRAVSTVENA VZGOJA.....	14
2.4.1	Vloga in pomen zdravstvene vzgoje.....	14
2.4.2	Metode in oblike dela pri zdravstveni vzgoji in preventiva.....	14
2.4.3	Promocija zdravja	16
2.5	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PROMOCIJI ZDRAVJA IN IZVAJANJU PROGRAMA CINDI.....	18
2.6	CINDI	22
2.6.1	CINDI Slovenija	22
2.6.2	Izvedba programov CINDI v zdravstvenovzgojnih centrih	24
3	EMPIRIČNI DEL	26
3.1	PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA	26
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	26
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	27
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	27
3.3.2	Opis instrumentarija.....	27
3.3.3	Opis vzorca.....	28

3.3.4	Opis obdelave podatkov.....	28
3.4	REZULTATI.....	29
3.5	RAZPRAVA	37
4	ZAKLJUČEK	43
5	LITERATURA.....	44
6	PRILOGE.....	55

KAZALO GRAFOV

Slika 1: Seznanjenost z visokim krvnim tlakom in vzroki za njegov nastanek	29
Slika 2: Pogostost preverjanja krvnega tlaka	29
Slika 3: Vrednost za visok krvni tlak	30
Slika 4: Sprememba življenjskega sloga po ugotovitvi visokega krvnega tlaka.....	30
Slika 5: Kontrolni pregledi pri izbranem zdravniku v splošni ambulanti	31
Slika 6: Pogostost kajenja anketirancev	32
Slika 7: Pogostost uživanja alkohola anketirancev.....	32
Slika 8: Pogostost dosoljevanja hrane anketirancev	33
Slika 9: Pogostost telesne aktivnosti vsaj 30 minut - sprehodi, kolesarjenje, tek	34
Slika 10: Poznavanje programov CINDI, ki se izvajajo v mestu anketirancev.....	34
Slika 11: Mnenje anketirancev o vlogi medicinske sestre na delavnicah CINDI pri osveščanju ljudi o visokem krvnem tlaku	35

KAZALO TABEL

Tabela 1: Raven krvnega tlaka	11
Tabela 2: Ugotavljanje razlik v odgovorih glede na spol anketirancev	36
Tabela 3: Korelacijska analiza med spremenljivkami	36

1 UVOD

Bolezni srca in ožilja danes predstavljajo velik zdravstveni in družbeni problem. Število pacientov s srčno-žilnimi težavami je iz dneva v dan večje, kar je posledica boljšega preživetja pri različnih srčnih obolenjih, naraščanja pojavnosti visokega krvnega tlaka, metaboličnega sindroma in staranja prebivalcev (Žontar, 2010, str. 5). Dobro je znano, da so v večini industrializiranih držav v razvoju vodilni vzrok smrti kronične bolezni ali nenalezljive bolezni. Ključni dejavniki tveganja, ki so prisotni predvsem v industrializiranih državah oz. državah v razvoju, vplivajo na razvoj kroničnih bolezni. Med ključne dejavnike tveganja uvrščamo nezdrav življenjski slog: uporabo tobaka, nezdravo prehrano, telesno nedejavnost in tvegano pitje alkohola. Po vsem svetu je zaradi kroničnih bolezni, kot so bolezni srca in ožilja, rak, bolezni dihal in diabetes, umrlo 58 milijonov ljudi (WHO, 2011a). WHO predvideva, da bo smrtnost zaradi teh bolezni (zlasti v razvitih državah) do leta 2015 narasla na 64 milijonov. Slovenija se tako kot mnoge druge države v svetu sooča z istim problemom (Djomba et al., 2008). Napovedi so črne, zato je treba napore usmeriti v ozaveščanje ljudi o zdravem načinu življenja in tako zmanjšati umrljivost in obolevnost zaradi teh bolezni (Meetoo, 2008). Kljub katastrofalnim posledicam za človeka je treba poudariti pomembnost preventive tako z zdravstvenega vidika, ki je usmerjen k posameznikom, kot tudi z ekonomskega vidika (Westerby, 2011).

Namen sodobne srčno-žilne preventive je preprečevanje nastanka in razvoja srčno-žilnih bolezni (Fras in Jug, 2010). Dosedanja raziskovalna dela, ki so bila osredotočena na vedenjske spremembe, so pokazala, da lahko ima sprememba tvegane vedenja bistveno in pomembno vlogo pri razvoju bolezni, njenemu vodenju in kakovosti življenja (Ulla Diez, Perez Fortis, Franco, 2012). Prav pri tem delu medicinske sestre odigrajo pomembno vlogo, saj imajo bolj neposreden stik s pacienti (»The Role of Nurses in Health Promotion«, 2011). Pacientom lahko zagotavljajo posredovaje najnovejših informacij in zagotavljanje učinkovitega izobraževanja (Hypertension, 2007). Medicinske sestre lahko s kakovostno zdravstveno nego in zdravstveno vzgojo bistveno prispevajo k uspešnemu zdravljenju in rehabilitaciji srčno-žilnih pacientov. Pri

tem so jim v veliko pomoč nenehno izobraževanje, spremljanje novosti in aktivno vključevanje v nove procese zdravljenja (Žontar, 2010, str. 5).

Ena izmed najbolj pogostih bolezni, ki povzročijo bolezni srca in ožilja, je zagotovo zvišan krvni tlak. Visok krvni tlak je kompleksna in tiha bolezen. Več kot 50 % hipertonikov se ne zaveda, da imajo ta problem (Mohammadi et al., 2006). Obstajata dve osnovni vrsti visokega krvnega tlaka. Približno 90–95 % pacientov ima primarni povišan krvni tlak, ki je povezan s spremembo življenjskega sloga, in 5–10 % sekundarni povišan krvni tlak, ki je pogosto povezan z drugimi boleznimi, kot so bolezni ledvic, ščitnice, in nosečnostjo (Chummun, 2009).

Ugotovljeno je, da je za nastanek bolezni srca in ožilja značilno, da imajo skupne dejavnike tveganja in jih z zdravim načinom življenja lahko uspešno preprečujemo ali vsaj odložimo njihov nastanek v kasnejše obdobje (Luznar, 2002, str. 219). Obvladovanje dejavnikov tveganja vedno vključuje nefarmakološke ukrepe, pri zelo ogroženih posameznikih pa tudi farmakološke ukrepe (Fras, Jug, 2010). V okviru Nacionalnega programa primarne preventive na področju bolezni srca in ožilja delujejo tudi zdravstvenovzgojni centri. Zdravstvenovzgojno delo izvajajo kadri, ki so za to delo posebej usposobljeni po metodologiji CINDI (angl. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme) Slovenija. Skrbijo za promocijo zdravega vedenjskega sloga med prebivalci v svojem okolju (Govc Eržen, 2010a).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 NAJPOGOSTEJŠE KRONIČNE NENALEZLJIVE BOLEZNI

Leta 2005 je WHO objavila podatek, da so kronične nenalezljive bolezni, kot so srčno-žilne, respiratorne, diabetes in rak, zahtevale po svetu 58 milijonov žrtev (Meetoo, 2008, str. 1320). Na prvo mesto so postavili srčno-žilne bolezni. Najbolj pogost simptom pri srčno-žilnih boleznih je visok krvni tlak. Zaradi tega nihče ne umre, smrtni udarec pa zadajo druge bolezni, ki so povezane z visokim krvnim tlakom (Miller, 2009, str. 26–28). Naslednja najbolj pogosta kronična bolezen je sladkorna bolezen, ki povzroča okvare ali motnje različnih organov, predvsem oči, ledvic, živcev, možganov in ožilja (Koselj, 2006, str. 42). Sledi jima osteoporoza, ki je bolezen, za katero so značilne nizka kostna masa in strukturne spremembe kostnega tkiva, ki vodijo do lomljivosti kosti in povečanega tveganja zlomov kolka, hrbtenice in zapestja (»Osteoporosis«, 2011). Sledi rak, za katerega je značilno, da se lahko pojavi v vseh tkivih in organih človekovega organizma ter približno enako prizadene oba spola. Pojavlja se v vseh starostih, vendar kar v 80 % po 54. letu starosti. Glede na dejstvo, da starost prebivalstva narašča, je pričakovati vedno večje število pacientov (Ministrstvo za zdravje, 2008, str. 2).

Danes vemo, da imajo kronične bolezni veliko različnih vzrokov in številne skupne lastnosti (Bulc, 2000, str. 111):

- v razvoju kronične bolezni sodelujejo isti dejavniki;
- vse so prepoznavne in jih znajo diagnosticirati;
- nekatere se dobro odzovejo na zdravljenje (astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen, visok krvni tlak itd.), druge so zazdravljive (katarakta, aterom v žili itd.), tretje zahtevajo dosmrtno zdravljenje (ishemična bolezen srca, epilepsija, psihoze itd.);
- moč jih je preprečiti ali vsaj odložiti.

Pravimo tudi, da imajo kronične bolezni različne vzroke, a iste dejavnike tveganja za nastanek. Dejavniki tveganja so tisti, katerih prisotnost napoveduje večje tveganje za razvoj kroničnih bolezni (ibid.).

2.1.1 Srčno-žilne bolezni

Bolezni srca in ožilja so največji javnozdravstveni problem številnih prebivalcev sveta (Bulc, 2000). Ukrepi za zmanjševanje srčno-žilnih obolenj vključujejo ozaveščanje ljudi o poznavanju dejavnikov tveganja, ki povečajo verjetnost srčno-žilnih obolenj. Poznavanje dejavnikov tveganja, kot so kajenje, prekomerna teža, alkohol, droge itd., zmanjša verjetnost srčno-žilnih obolenj, medtem ko jo njihovo nepoznavanje in njihova zloraba povečajo tudi za več kot 30 %. Preventiva in osveščanje ljudi sta torej nujno potrebna (WHO, 2007).

Govc Erženova (2010a) navaja, da podatki o pojavljanju kroničnih bolezni kažejo, da je problem obolevanja zaradi srčno-žilnih bolezni v Sloveniji zelo pereč. V Sloveniji je preko 70 % smrti posledica najpogostejših kroničnih bolezni, med katerimi vodijo bolezni srca in ožilja (Hlastan Ribič et al., 2011, str. 29). Mednje sodijo: visok krvni tlak, preboleli miokardni infarkt, angina pectoris, srčno popuščanje, možganska kap in njene posledice in periferna okluzijska arterijska bolezen. Govc Erženova (2005) je do tega zaključka prišla na osnovi raziskave, ki jo je izvedla CINDI Slovenija v obdobju 2002–2003.

Različne raziskave so tudi pokazale, da obolevnosti srčno-žilnih obolenj ne moremo ločevati po spolu. Srčno-žilna obolenja prizadenejo tako žensko kot moško populacijo (Škrlić, 2012, str. 22–24). Splošno gledano, so bolezni srca in ožilja v Sloveniji še vedno pogostejše pri moških kot ženskah, toda ogroženost pri ženskah ni nič manjša kot pri moških. Tako so nekateri vedenjski dejavniki tveganja bolj prisotni pri ženskah kot pri moških (npr. večje uživanje maščob na kruhu, večje uživanje sladice in slaščic), kar prispeva k večjemu tveganju (Zaletel Kragelj et al., 2010). Globalni podatki tudi kažejo, da so bolezni srca in ožilja v tretjini vseh primerov najpogostejše edini vzrok smrti pri

ženskah (Kopčavar Guček, 2010). Ogroženost žensk na osnovi teh dejstev ni zanemarljiva (Zaletel Kragelj et al., 2010, str. 37).

2.2 DEJAVNIKI TVEGANJA V ŽIVLJENJSKEM SLOGU POSAMEZNIKA

Tveganje je koncept, ki se pojavlja v povezavi z različnimi neželenimi izidi, katerih pojav je bolj ali manj verjeten. Pomen tveganja za pacienta vsebuje tudi subjektivno dimenzijo. Razumevanje tveganja je eden od pogojev za dobro sodelovanje pacienta pri zdravljenju. Tveganje je lahko prostovoljno ali ne, lahko je ljudem poznano ali pa ne (Petek, 2007, str. 123). Za preprečitev nastanka visokega krvnega tlaka oziroma njegovo uspešno zdravljenje ter z njim povezane srčno-žilne bolezni je treba spremeniti nekatere življenjske navade, in sicer opustiti kajenje, zmanjšati čezmerno telesno maso, spremeniti druge prehranske navade, zmanjšati vnos natrija (soli), omejiti uživanje alkohola in povečati telesno dejavnost (Salobir, Brguljan Hitij, 2004, str. 339). Govorimo lahko torej o boleznih, ki so povezane z dejavniki tveganja, in o negotovosti, natančneje verjetnosti, da se bodo te bolezni pojavile.

2.2.1 Kajenje

Kajenje in neposredna uporaba tobaka sta kriva za smrt približno 5 milijonov ljudi po vsem svetu in povzročitelja prezgodnje smrti. Prav tako ocenjujejo, da dodatnih 600.000 ljudi umre zaradi vpliva pasivnega kanjenja (WHO, 2012).

Kajenje vpliva na togost arterij, kar povzroča zvišanje centralnega krvnega tlaka. Pri kadilcih kajenje povzroča začasno zvišanje krvnega tlaka. Zvišanje krvnega tlaka, ki ga povzroči ena pokajena cigareta, traja približno 15 minut ali dlje. Pri težkih kadilcih lahko zvišan krvni tlak ostane. Pri rednih kadilcih se zvišanje krvnega tlaka kaže med dnevnimi dejavnostmi ali pa vpliva na zvišanje centralnega krvnega tlaka. Kajenje lahko povzroči prikrit visok krvni tlak. Visok krvni tlak je pri kadilcih težje vodljiv kot pri nekadilcih. Prav tako je prognoza pri hipertonikih, ki kadijo, bistveno slabša, saj se pri

njih v večji meri pojavljajo hujše oblike visokega krvnega tlaka in tudi renovaskularni visoki krvni tlak (Salobir, Brguljan Hitij, 2004, str. 346).

Slovenija je leta 2007 sprejela protikadilski zakon. Statistični podatki 2006–2008 o izpostavljenosti tobačnemu dimu kažejo, da je delež kadilcev med odraslimi padel z 22,3 na 17,5 %. Prav tako se je zmanjšalo število izpostavljenosti tobačnemu dimu s 27 na 21 %. O opustitvi kajenja pa razmišlja kar 58,8 % kadilcev (»Kajenje v RS«, 2006–2008). Najnovejši objavljeni podatki (13. junij 2011) iz publikacije *Sloveniji za 20. rojstni dan* kažejo, da je rednih kadilcev 19 % in občasnih kadilcev 6 % (Hren et al., 2011).

2.2.2 Nezadostna telesna dejavnost, debelost, prehranske navade

Delež aktivnega prebivalstva, ki svoje delo opravlja sede, še nikoli ni bil tako velik, svoje pa doda tudi sedeče preživljanje prostega časa predvsem za televizijskimi sprejemniki ali računalniki. Nezadostna telesna dejavnost oziroma sedeči življenjski slog je vedenjski dejavnik tveganja, ki ga tesno povezujemo z različnimi motnjami in predvsem kroničnimi boleznimi (»Kronične nenalezljive bolezni«, 2008). Posledice takega življenjskega sloga so prekomerna prehranjenost in debelost. Po podatkih WHO je bilo leta 2005 na svetu 1,6 milijarde prekomerno prehranjenih in 400 milijonov debelih ljudi, starejših od petnajst let. V primeru, da se bodo taki trendi nadaljevali z dosedanjim tempom, bo leta 2015 na svetu 2,3 milijarde prekomerno prehranjenih in 700 milijonov debelih ljudi (Govc Eržen, 2010b).

Dejavnikov, ki vplivajo na nastanek debelosti in jo vzdržujejo, je več. Na eni strani so to genetski dejavniki, na katere za enkrat nimamo vpliva. Na drugi strani pa so to dejavniki okolja, tako zunanega kot notranjega. Mednje sodijo psihološki, socialni in vedenjski dejavniki. Njihovo poznavanje je ključnega pomena, kadar želimo vzpostaviti uspešne intervencije, ki bi pomagale zmanjšati telesno maso. Glede na izreden porast pojavnosti debelosti je jasno, da so za njeno izrazito rast pretežno odgovorni dejavniki, na katere imamo vpliv. Z bistveno manjšo telesno aktivnostjo uživamo hrano, ki je

dostopnejša, bolj raznolika, okusnejša, energijsko gostejša, hitreje pripravljena in kot taka hitreje privede do negativnih prehranjevalnih navad (Turk, 2007, str. 164).

Okoljski dejavniki bistveno vplivajo na vedenjske navade pri ljudeh s prekomerno težo kot tudi pri ljudeh z normalno težo. Odkrili so tudi nekaj dokazov, da so dražljaji domačega okolja povezani s slabim izvajanjem fizične dejavnosti in prehranskimi navadami. Nezdrav življenjski slog in opremljenost doma sta značilnosti prekomerno težkih odraslih, saj so doma manj fizično aktivni in se bolj nagibajo k sedečemu vedenju ter večji uporabi nezdrave hrane v primerjavi s tistimi odraslimi, ki imajo normalno telesno težo. Natančneje so opisali, da so domovi prekomerno težkih odraslih manj opremljeni z vadbeno opremo, z več televizijami, več prigrizki in namazi, ki vsebujejo veliko maščob, za razliko od domov, v katerih so normalno težki odrasli (Gorin et al., 2011).

Poleg zgoraj omenjenih dejavnikov pa so Bayat et al. (2009) v svoji raziskavi, ki je bila opravljena v Turčiji, ugotovili, da sta prekomerna teža oziroma debelost in podhranjenost pri mladostnikih v veliki meri odvisna tudi od socialno-ekonomskih razmer.

Navedena dejstva (nedejavnost, prehranjevalne navade v povezavi s socialno-ekonomskim položajem) so v tesni povezavi s prekomerno težo oziroma debelostjo posameznika. Debelost je glavni dejavnik tveganja za razvoj in napredovanje visokega krvnega tlaka in sladkorne bolezni, ki pogosto in hkrati obstaja pri pacientih s prekomerno težo. Poleg močne povezave med višjim indeksom telesne mase (ITM) in obolevnostjo tveganja za visok krvni tlak in sladkorno bolezen obstajajo tudi med ljudmi v okviru normalne ITM. Izguba telesne teže/hujšanje z omejitvijo vnosa prehranske energije in telesna aktivnost sta učinkoviti pri preprečevanju in obvladovanju te bolezni. Nadzor telesne teže je ključna strategija nadzora visokega krvnega tlaka in sladkorne bolezni ter njunih zapletov (Zhao et al., 2009).

2.2.3 Alkohol

Alkohol ima dolgo in zapleteno vlogo v človeški družbi in zdravju. Razširjen je v vseh družbenih slojih in kulturah ter zavzema posebno mesto v vsakodnevni socialni aktivnosti in verskih obredih. Človeški organizem tekom evolucije ni razvil fiziološkega mehanizma za preprečitev prekomernega vnašanja alkohola, ker se alkohol v izvirni obliki/stanju ne nahaja v naravi, tako da mora človek nadzirati vnos alkohola s svojim kognitivnim in zunanjim socialnim mehanizmom. Tvegano pitje alkohola povzroča ogromno obolevnost in smrtnost po vsem svetu. Številne epidemiološke študije so potrdile, da kronično, tako imenovano težko, prekomerno pitje alkohola predstavlja dejavnik tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni: visok krvni tlak, kardiomiopatija, motnje srčnega ritma, miokardni infarkt in ishemična možganska kap. Z druge strani pa je tudi dokazano, da pitje alkohola v zmernih količinah zmanjšuje obolevnost in umrljivost od srčnih bolezni in ishemične možganske kapi (Jakovljević et al., 2004). Poleg bolezni, ki so posledice tveganega pitja alkohola, je alkohol odgovoren za ogromno motenj psihičnega in fizičnega stanja ter s tem povezane ekonomske stroške (Kenneth, Mukamal, Rimm, 2008). Tako lahko posledica zaužitega kozarca sega od skromnih srčno-žilnih koristi do kaosa in uničenja (Jacobs, 2011).

Povezanost alkohola in krvnega tlaka so raziskali Okubo et al. (2001). Navedli so, da so raziskave v zadnjih 20 letih pokazale, da je tvegano pitje alkohola povezano z višino krvnega tlaka in posledično z razvojem visokega krvnega tlaka. Ugotovili so, da sta sistolični in diastolični krvni tlak pri težkih pivcih bistveno višja, kot tudi značilno povezavo med spremembo uživanja alkohola in spremembo krvnega tlaka. Majhno oziroma zmerno uživanje alkohola zavira zvišanje tako sistoličnega kot diastoličnega krvnega tlaka. Odziva krvnega tlaka in srčnega utripa zjutraj in zvečer ob uživanju rednega prekomernega in zmerne pitja alkohola pa so ugotavljali Kawano et al. (2002). Prišli so do rezultatov, da je krvni tlak ob rednem prekomernem uživanju alkohola bistveno povečan zjutraj kot zvečer, medtem ko v omejitvenem obdobju uživanja alkohola v njihovi raziskavi niso opazili razlike med večernim in jutranjim krvnim tlakom. Njihova tedenska študija spremljanja krvnega tlaka pri rednem in

občasnem uživanju alkohola je pokazala, da je krvni tlak pri rednem uživanju veliko višji kot pri občasnem uživanju alkohola. Ob znanem dejstvu, da abstinence pri težkih pivcih povzročajo povečan krvni tlak kot tudi srčni tlak in je to del sindroma umika alkohola, je bilo to dejstvo potrjeno tudi v njihovi raziskavi.

2.2.4 Prekomerna raba soli

Večina ljudi zaužije preveč soli (natrija), ne da bi se tega zavedali. Zaužijejo je preveč, saj je 75 % soli oziroma natrija že v hrani, ki jo kupimo (He Feng, Jenner, MacGregor, 2010). Sol povzroča visok krvni tlak, ta pa je glavni dejavnik kapi, srčnega popuščanja in srčnega infarkta ter tako glavni vzrok smrti in invalidnosti po svetu. Na voljo je tudi vedno več dokazov o povezavi med vnosom soli in boleznimi, kot so: rak na želodcu, osteoporoza, debelost, ledvičnimi kamni in ledvična bolezen. Dejstvo je tudi, da po vsem svetu zaradi možganske kapi umre 3 milijone žensk in 2,5 milijona moških. Možganska kap je tretji najpogostejši vzrok smrti v razvitih državah. Podatki tudi kažejo, da visok vnos zaužite soli, neposredno in neodvisno, vpliva na možgansko kap. Sol je torej odgovorna za veliko incidenco možganske kapi (He Feng et al., 2010).

Prekomeren vnos soli oziroma natrija je zaradi svojega vpliva na pojav povišanega krvnega tlaka pomemben dejavnik tveganja za bolezni obtočil, ki se pogosto končajo s smrtnim izidom. Preko 70 % smrti prebivalcev Slovenije je posledica kroničnih bolezni, med temi pa so vzrok za kar okoli 40 % celotne umrljivosti prebivalstva bolezni srca in ožilja (Hlastan Ribič et al., 2010, str. 65). Izsledki raziskav, izvedenih na območju Slovenije, kažejo na razmeroma visoke deleže ljudi z ugotovljenimi dejavniki tveganja oziroma boleznimi, povezanimi s prekomernim vnosom soli (natrija). V letih 1991, 1997, in 2003 je bila v povprečju pri 39,6 % sodelujočih v raziskavi *Dejavniki tveganja in učinkovitosti procesa* ugotovljena pojavnost povišanega krvnega tlaka, to je preko 140/90 mm Hg (Maučec Zakotnik et al., 2009). Odrasli glede na fiziološke potrebe potrebujemo dnevno 550 mg natrija (1,4 g soli). Z metodo merjenja koncentracije izločenega natrija v 24-urnem urinu je bilo v Sloveniji ugotovljeno, da odrasli prebivalci v povprečju zaužijemo 12,4 g soli na dan. Glede na priporočila WHO/FAO, ki kot

zgornjo, za zdravje še neškodljivo mejo uživanja soli, navajajo do 5 g soli dnevno, odrasli prebivalci Slovenije zaužijemo kar okrog 150 % soli dnevno preveč (Hlastan Ribič et al., 2010, str. 65).

Zanimivi so tudi izsledki raziskave na območju Slovenije o vsebnosti soli v živilih, predvsem tistih, ki v prehrani prebivalcev Slovenije predstavljajo ključne vire zaužite soli. Iz raziskav leta 2005, 2007 in 2009/2010 je bilo ugotovljeno, da med osnovnimi živili največji delež vnosa soli glede na vsebnost soli ter glede na zaužito količino teh živil predstavljajo kruh in krušni izdelki (okoli 1,8 g soli na osebo dnevno). Sledijo jim mesni izdelki (okoli 1,7 g soli na osebo dnevno), predelana zelenjava (okoli 0,4 g soli osebo dnevno) in siri (okoli 0,3 g soli na osebo dnevno). Glede na priporočene smernice vnosa soli na osebo je stanje vsekakor zaskrbljujoče. Kot že omenjeno, je prekomeren vnos soli in s tem natrija pomemben prehranski dejavnik tveganja, ki ogroža zdravje, in pomemben dejavnik za povišan krvni tlak in naraščanje krvnega tlaka. Številne študije navajajo, da je previsok vnos soli povezan tudi z želodčnim rakom, osteoporozo, astmo, ledvičnimi kamni in sladkorno boleznijo tipa 2 (Hlastan Ribič et al., 2011, str. 29–33).

2.3 VISOK KRVNI TLAK

2.3.1 Definicija, klasifikacija visokega krvnega tlaka

Krvni tlak je dejavnik tveganja za srčno-žilne bolezni (Accetto et al., 2008, str. 349–63). O visokem krvnem tlaku govorimo, ko je krvni tlak zvišan oziroma če je ob več zaporednih meritvah 140/90 mm Hg ali več (Petek Šter et al., 2011, str. 63). Mejno vrednost krvnega tlaka, nad katero učinkovito odkrivanje in zdravljenje dokazano zmanjša tveganje za bolezni srca in žilja, sta določili WHO in Mednarodno združenje za hipertenzijo leta 1993 (Bulc, 2000, str. 119).

V preteklosti se je stopnja visokega krvnega tlaka ugotavljala z merjenjem krvnega tlaka v perifernih arterijah, po navadi brahialni arteriji. Prevladovalo je tudi prepričanje, da je krvni tlak, ki se konvencionalno meri v brahialni arteriji, ustrezna odslikava tlaka v vseh

delih arterijskega sistema. Vse te študije so zanemarile ključno dejstvo, da se periferni (brahialni) krvni tlak razlikuje od krvnega tlaka, izmerjenega v aorti in centralnih arterijah, kot je skupna karotidna arterija. Številne presečne študije so pokazale, da je okvara tarčnih organov pri osebah z visokim krvnim tlakom bolj povezana s sistoličnim krvnim tlakom. Izkazalo se je tudi, da sta aortni in centralni arterijski tlak pomembnejša napovednika okvare tarčnih organov in srčno-žilnega izida kot konvencionalno merjeni brahialni tlak (Cruickshank, b. l.).

Tabela 1: Raven krvnega tlaka

Raven krvnega tlaka	
Normalni	Sistolični: manj kot 120 mm Hg Diastolični: manj kot 80 mm Hg
Tvegani	Sistolični: 120–139 mm Hg Diastolični: 80–89 mm Hg
Visoko rizični	Sistolični: 140 mm Hg ali več Diastolični: 90 mm Hg ali več

Vir: WHO (2011b).

2.3.2 Pogostost in pomembnost visokega krvnega tlaka

Po podatkih WHO vsak osmi prebivalec sveta umre zaradi zapletov visokega krvnega tlaka, ki ga tako uvrščamo med velike javnozdravstvene probleme. Visok krvni tlak igra pomembno etiološko vlogo v razvoju koronarne bolezni, možganske kapi, periferne arterijske okluzijske bolezni, srčnega popuščanja in ledvične odpovedi (Acceto, Salobir, 2010, str. 7). Tako ima v svetovnem merilu skoraj milijarda ljudi visok krvni tlak, od tega dve tretjini v državah v razvoju. Visok krvni tlak je eden najpomembnejših razlogov za prezgodnjo smrt po vsem svetu. Visok krvni tlak vsako leto ubije skoraj 8 milijonov ljudi. Z visokim krvnim tlakom pa bo, po ocenah WHO, do leta 2025 živel 1,56 milijarde odraslih ljudi (WHO, 2011b).

V Evropi je pojavnost visokega krvnega tlaka v starostni skupini od 45 do 64 let dosegla 44 %, v Nemčiji celo 55 %. Pojavnost visokega krvnega tlaka narašča s starostjo,

podatki kažejo, da je imelo v starosti nad 65 let visok krvni tlak 78 % ljudi (Petek Šter et al., 2011, str. 64).

Po podatkih epidemiološke raziskave o pojavnosti visokega krvnega tlaka v Sloveniji v letih 2007–2009 je bila ugotovljena pojavnost visokega krvnega tlaka 64,3 %, s tem da so prisotne velike razlike v pojavnosti med regijami (Petek Šter et al., 2011). V Sloveniji lahko posledicam visokega krvnega tlaka vsako leto pripišemo 2400 do 4500 smrti (Tušek-Bunc, Kert, 2008). S temi navedbami visok krvni tlak predstavlja enega izmed najpogostejših dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja, ki v razvitem svetu, tudi pri nas, predstavljajo najpomembnejši vzrok obolenosti in smrtnosti (Petek Šter, 2004, str. 37).

Prisotnost visokega krvnega tlaka tveganje za srčno-žilni dogodek v povprečju poveča za 2- do 3-krat in je odgovorna za 35 % vseh aterosklerotičnih srčno-žilnih dogodkov in 49 % vseh oblik srčnega popuščanja. Pričakovana življenjska doba pacientov z visokim krvnim tlakom v starosti 50 let je za 5,1 (pri moških) oziroma 4,9 leta (pri ženskah) krajša kot pri osebah brez visokega krvnega tlaka, pričakovana življenjska doba brez srčno-žilne bolezni pri bolnikih z visokim krvnim tlakom pa je za 7,2 leta krajša kot pri osebah brez visokega krvnega tlaka (Petek Šter, 2008, str. 265). Nezdravljeni visok krvni tlak je običajno povezan s postopnim zvišanjem krvnega tlaka, to pa povzroča veliko škodo oziroma poškodbe žil in ledvic ter veliko škodo za zdravje (»Hypertension«, 2011).

Obravnava pacienta z visokim krvnim tlakom je praviloma doživetjska. Ima bistveno vlogo pri nastanku srčnega infarkta, cerebrovaskularnega infarkta ter renalne in miokardne insuficience (Gašparac, b. l.). Zdravljenje pacientov z visokim krvnim tlakom je torej dolgoročno, glavni cilj je največje možno zmanjšanje tveganja za srčno-žilne in ledvično-žilne bolezni, kar se doseže z nadzorom krvnega tlaka in ostalih dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja. Za visok krvni tlak je značilno postopno nastajanje, dolgotrajno zdravljenje in kronično slabšanje zdravstvenega stanja, zmanjšanje delovne sposobnosti itd. (Gašparac, b. l.). Za dosego zastavljenega cilja pa ne zadošča le optimalno vodenje pacienta z visokim krvnim tlakom v skladu s

smernicami, ampak zahteva aktivno sodelovanje pacienta pri zdravljenju. Pacientovo slabo poznavanje bolezni in njegovo slabo sodelovanje, ki ga je v vsakdanji klinični praksi težko prepoznati, sta ključna razloga za veliko število pacientov z visokim nenadzorovanim krvnim tlakom (Petek Šter, 2008).

2.3.3 Kaj povzroča visok krvni tlak

Breen (2008) navaja, da je v patofiziologiji visok krvni tlak še vedno negotov in da pri večini pacientov povzročitelj visokega tlaka ni znan, kljub temu pa lahko z gotovostjo trdijo, da k povišanju krvnega tlaka prispeva več dejavnikov: genetika, nizka porodna teža, nevrovaskularne anomalije, endotelijske disfunkcije, čezmerno uživanje alkohola in premalo gibanja (Stamler et al., 1993, Kilonder et al., 1998, Lewington et al., 2002 cit. po Breen, 2008, str. 43). Razvoj visokega krvnega tlaka v veliki meri povzročajo dejavniki, povezani z našim vedenjem in načinom življenja. Ti vključujejo prekomerno uporabo soli (natrija), premalo bogate hrane s kalijem (sadja in zelenjave), prekomerna teža (telesna neaktivnost), prekomerno uživanje alkohola in kajenje. Približno 60 % ljudi, ki imajo sladkorno bolezen, ima tudi visok krvni tlak. Visok krvni tlak je lahko deden. Ljudje lahko dedujejo gene, zaradi katerih je večja verjetnost za razvoj visokega krvnega tlaka. Tveganje za visok krvni tlak bolj kot dednost poveča kombinacija z nezdravo izbiro življenjskega sloga (WHO, 2011b). Učinkovito antihipertenzivno zdravljenje pa zmanjšuje obolevnost in umrljivost (SHEP Co-operative Group Research, 1991, Kjeldesen et al., 1998, Stevens et al., 2001 cit. po Breen, 2008, str. 43).

2.3.4 Merjenje krvnega tlaka

Merjenje krvnega tlaka je hitro in neboleče in edini način, da ugotovimo visok krvni tlak. Izmeri ga zdravnik ali zdravstveni delavec (WHO, 2011b). Ne glede na napravo, ki jo uporabljamo, se moramo zavedati, da je krvni tlak spremenljivka, na katero vplivajo mnogi dejavniki, ne le okoliščine meritve (dihanje, čustvena stanja, telesna aktivnost, obroki, nikotin, alkohol, temperatura, bolečine pri napihovanju manšete, starost, rasa, dnevna nihanja krvnega tlaka). Če teh vplivov ne upoštevamo ali jih ne prepoznamo,

lahko pride do napačne diagnostike ali obravnavanja pacienta (Dolenc, 2003, str. 15–22).

2.4 ZDRAVSTVENA VZGOJA

Zdravja človeka se ne da doseči brez izobraževanja in uporabe nekaterih temeljnih načel, ki izhajajo iz teorije učenja. Zdravstvena vzgoja ni samo preprosto povedati ljudem, kako bi bil svet boljši kraj za bivanje, ali kaj narediti, da bi ljudje živeli v raju na zemlji, ampak veliko več (Osuala, 2011).

2.4.1 Vloga in pomen zdravstvene vzgoje

Zdravstvena vzgoja je strokovna in znanstvena disciplina (Hoyer, 2005). Prestavlja proces učenja o zdravju z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad in vedenj zdravega življenjskega sloga. Torej je proces prenosa podatkov posameznikom ali skupinam z namenom, da se jim pomaga sprejeti pozitivno spremembo v odnosu in vedenju v zvezi z zdravjem (Osuala, 2011). Njen namen je spodbujati posameznika, da bi skrbel za ohranjanje lastnega zdravja. Zdravstvenovzgojni programi pomagajo oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce ter zdrav način življenja in spreminjati zdravju škodljiv življenjski slog. S tem je zdravstvena vzgoja usmerjena k spremembi vedenja, ki ostane trajna in se ne izgubi skozi čas (Osuala, 2011).

2.4.2 Metode in oblike dela pri zdravstveni vzgoji in preventiva

Primarna skrb predstavlja možnost za preprečevanje bolezni in krepitev zdravja kot tudi zgodnje odkrivanje bolezni oziroma težav. Sistemi zdravstvenega varstva se razlikujejo glede na moč in integracijo svojih primarnih zdravstvenih sistemov. Dokaze o upravljanju s kroničnimi boleznimi kažejo sistemi, ki so močno usmerjeni v primarno zdravstvo, kjer zagotavljajo bolj celovito oskrbo storitev kroničnih bolezni kot sistemi s šibkejšo usmeritvijo v primarno zdravstvo. Države, ki spadajo v skupino z močno primarno oskrbo, so Finska, Izrael, Nizozemska, Slovenija, Španija in Velika Britanija. Države, ki spadajo v šibko primarno oskrbo, so Avstralija, Francija, Nemčija in Švica.

Države z močnejšim sistemom oskrbe so uspešnejše v programih za izboljšanje bolezni. Bolj pogosto so osredotočeni na bolnike z že ugotovljeno boleznijo srca in ožilja in so manj osredotočeni na izboljšanje življenjskega sloga – za razliko od držav s šibko zdravstveno oskrbo, kjer so bolj uspešni s preventivnimi programi bolezni srca in ožilja in so bolj pogosto usmerjeni v način življenja ter se ne osredotočajo na paciente z že ugotovljeno boleznijo (Lieshout et al., 2009, str. 225–62).

Preprečevanje srčno-žilnih bolezni predstavlja pomembno nalogo osnovnega zdravstvenega varstva in omogoča izboljšanje spremenljivih dejavnikov tveganja ob dokazno večjih pričakovanih letih življenja. Petek (2008) je v splošnem ločila tri vrste preventive:

- **primarna preventiva** predstavlja odkrivanje in izboljševanje nezdravega življenjskega sloga in je usmerjena na celotno populacijo;
- **sekundarna preventiva** predstavlja zdravljenje bolezni in stanj, ki povečujejo verjetnost srčno-žilnih bolezni: arterijsko hipertenzijo in hiperlipidemijo. Usmerjena je na skupine prebivalstva z visokim tveganjem za srčno-žilne bolezni;
- **terciarna preventiva** je preprečevanje ponovnega srčno-žilnega dogodka pri osebah, ki so že bolne.

V Sloveniji se pojma primarne in sekundarne preventive večinoma združujeta pod imenom primarna preventiva, sekundarna pa predstavlja vsebino, ki je zgoraj poimenovana kot terciarna. Zmanjševanje tveganja za srčno-žilne bolezni zahteva celovit pristop z delovanjem na vse dejavnike tveganja. Temelj predstavljajo sprememba življenjskega sloga, sprememba prehrane, prenehanje kajenja in primerna telesna aktivnost. Vsaka sprememba življenjskega sloga predstavlja za pacienta dolgotrajen in naporen proces, zato je uspešnih le 25–30 %. Odstotek pacientov, ki se držijo priporočenih nasvetov glede življenjskega sloga, je precej nižji kot tisti, ki predstavlja rednost jemanja zdravil. Raziskave potrjujejo, da je večini ljudi lažje redno jemati zdravila kot pa spremeniti življenjski slog (Petek, 2008, str. 251–52).

Tako lahko zaključimo, da je namen zdravstvene vzgoje pri kroničnih nenalezljivih boleznih, da pacienti sprejmejo svojo bolezen kot realnost in del svojega življenja, da spoznajo določena dejstva o svoji bolezni ter pridobijo potrebne veščine za preprečevanje nastanka bolezni in uspešno obvladovanje bolezni. Prav tako je zdravstvena vzgoja pomemben element promocije zdravja. Vodilno vlogo pri promociji zdravja oziroma zdravstvene vzgoje ima mednarodni program CINDI, ki deluje v okviru WHO in ima pomembno vlogo pri programih za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni (CINDI Slovenija, 2012a).

Ne samo pri nas, temveč tudi drugod po svetu je prišlo do precejšnjih premikov na področju zdravja. Tako sta tudi Bennet, Perry, Lawrence (2009) navedla, da je v Angliji v zadnjih letih prišlo do precejšnjih premikov na področju zdravja. Večji poudarek so pričeli dajati promociji zdravja, pri kateri so za doseg tega cilja ključnega pomena primarne storitvene oskrbe. Lord Darzis (DH 2008a cit. po Bennet, Perry, Lawrence, 2009, str. 48) je v pregledu leta 2008 pokazal potrebo po preusmeritvi zdravstva od kurativnega pristopa na model, ki spodbuja zdravje.

2.4.3 Promocija zdravja

Promocija zdravja ima svoje korenine v zdravstveni vzgoji, kot organizirano področje pa se je oblikovala v letu 1974. Takrat je prevladovalo pojmovanje »promocija zdravja« kot strategija, ki naj bi vodila k zdravju. Leta 1986 pa je WHO promocijo zdravja z Ottawsko listino definirala kot proces, ki omogoča ljudem, da povečajo nadzor nad svojim zdravjem, kar vodi k izboljšanju zdravja (Filej, 1999, str. 165–70). Promocija zdravja tako deluje na področjih razvoja zdrave javne politike, ustvarjanja zdravega družbenega okolja, krepitev delovanja skupnosti, izobraževanja populacije, preusmeritve v zdravstvene dejavnosti za krepitev zdravja in načrtovanje prihodnosti. Osnovana je na temeljnih človekovih pravicah in nudi pozitiven ter vključujoč koncept zdravja kot determinanto za kakovost življenja ter spremljajočo duhovno in mentalno dobro počutje. Promocija zdravja zahteva multidisciplinaren in multisektorski pristop vseh, ki skrbijo za zdrav življenjski slog. Odgovornost za zdravje prebivalstva torej ni

več domena samo zdravstva, ampak je tudi odgovornost vsakega posameznika, da sprejme skrb za svoje zdravje. Promocija zdravja podpira tudi osebni in družbeni razvoj z informiranjem in izobraževanjem za zdravje in v tej točki že predstavlja zdravstveno vzgojo (Zurc et al., 2010).

Promocija zdravja je dejavnost, ki obsega vrsto prizadevanj, ki so namerno namenjena spodbujanju zdravja in dobrega počutja. Že od začetka leta 1990 je zdravstvena politika navdušeno podprla spodbujanje zdravja in aktivnosti zdravstvene vzgoje v primarnem zdravstvu, zlasti v okviru splošne prakse. Domneva vladnih pobud je predpostavka, da lahko tvegan življenjski slog obnašanja in družbene spremembe nastanejo zaradi nekaterih okoljskih, ekonomskih in pravnih ukrepov. Poudarek je na primarnih zdravstvenih ekipah za spremembo zdravju škodljivih dejavnikov s spodbujanjem ozaveščenosti teh pacientov, ki so najbolj izpostavljeni srčno-žilnim boleznim (Hilary et al., 2011). Izraz promocija zdravja opisuje večplasten pristop k spodbujanju zdravja, povezan s spremembami življenjskega sloga med posamezniki in skupnostmi. Promocija zdravja je omogočanje ljudem, da povečajo nadzor nad svojim zdravjem in dejavniki, ki nanj vplivajo, s končnim ciljem izboljšanja zdravja v njegovih determinantah (Bennett, Perry, Lawrence, 2009, str. 48–56).

Ljudi, ki želijo vedeti, kaj je vrednost dobrega zdravja, kako to doseči in kaj storiti individualno ali kolektivno, mora zdravstvena vzgoja med drugim vključevati v dejavnosti, ki spodbujajo sodelovanje posameznika ali skupnosti. Da pa bi posameznik ali skupnost sodelovala, je treba doseči, da dobi/jo ustrezne informacije o pomenu uporabe razpoložljivih zdravstvenih storitev in ugodnosti pri njihovem reševanju. Da bi ljudje prevzeli aktivno zanimanje in sodelovali pri zagotavljanju teh storitev, ki bi ščitile in spodbujale njihovo zdravje in zdravje drugih, morajo biti tudi ustrezno motivirani. V primarni preventivi so znani dejavniki, ki povzročajo bolezni, in kako se jih odstrani. Promocija zdravja in ukrepi, kot so zdrava hrana, sanitarne storitve, čisto okolje, zdrav življenjski slog itd., in posebni zaščitni ukrepi, kot so cepljenje itd., so za mnoge dostopni le, če imajo potrebne informacije ali znanje (Osuala, 2011). Promocija zdravja tako predstavlja proces, ki ljudem omogoča izboljšati znanje o zdravju (Kmetec, 2009).

Promocija zdravja, ki jo je določila Otawska listina leta 1986, pomeni politiko krepitev zdravja v posamezni državi. Amsterdamska pogodba Evropske skupnosti zavezuje države članice, tudi Slovenijo, da v oblikovanju in izvajanju vseh svojih politik in aktivnosti zagotovijo visoko raven zaščite zdravja prebivalstva. Z namenom uresničevanja teh ciljev je Državni zbor Republike Slovenije sprejel pomemben nacionalni dokument *Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010*, ki temelji na postavitvi ciljev, strategij in dejavnosti izboljšanja stanja na področju prehranjevanja, redne telesne dejavnosti in zdravega življenjskega sloga (*Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010*, 2005). Eden izmed načinov izvajanja te politike je tudi zdravstvena vzgoja, v kateri imajo pomembno vlogo in naloge tudi medicinske sestre (Ministrstvo za zdravje RS, 2010, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2011).

2.5 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PROMOCIJI ZDRAVJA IN IZVAJANJU PROGRAMA CINDI

Vloga medicinske sestre je v zadnjem stoletju doživljala številne spremembe, ki so temeljile na razvoju celotnega sistema zdravstvenega varstva ljudi. S svojim strokovnim delom pospešujejo in dvigujejo kakovost in učinkovitost zdravstvene obravnave pacientov. Samostojno ugotavljajo potrebe, načrtujejo, organizirajo, izvajajo in ocenjujejo uspešnost izvajanja zdravstvene nege pacienta s ciljem, da v najkrajšem možnem času dosežejo njegovo neodvisnost. Tesno sodelujejo z zdravnikom in ostalimi zdravstvenimi delavci in sodelavci v zdravstvenem timu pri izvajanju programa diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije pacientov, pri izobraževalnem, razvojno-raziskovalnem procesu ter vodenju organizacijskih enot in zavodov. Z dodatnim izobraževanjem na lastnem strokovnem področju in na področju socioloških, filozofskih, organizacijskih, pedagoških in ekonomskih znanosti in v zadnjem času tudi pravnih znanosti so medicinske sestre izoblikovale spremenjeno filozofijo s poudarkom na celoviti, humani obravnavi pacienta in njegovih potrebah z upoštevanjem človekovih in pacientovih pravic. Poudarek je na preprečevanju dejavnikov tveganja in zagotavljanju varne in učinkovite zdravstvene nege (Zupančič, 2000, str. 92).

Medicinska sestra/zdravnik je tista oseba, ki je v kliničnem okolju edina v neprestanem stiku z bolnim ali zdravim posameznikom. Tako je zdravstvenovzgojno delo timsko delo, pri katerem ima ključno vlogo medicinska sestra, saj opravi največ zdravstvenovzgojnega dela (Žalar, Pucelj, 2001, str. 98), torej je v vsakem trenutku zdravstveni/-a učitelj/-ica in vzgojitelj/-ica. Osebne karakteristike in medosebna inteligenca pri učenju in vzgoji za zdravje so tiste kompetence medicinske sestre, ki jih mora imeti pri prenašanju in posredovanju tega znanja. Ker se vedno bolj brišejo meje med formalnim in neformalnim učenjem, postaja tisti, ki poučuje, pravzaprav svetovalec za učenje. Tako govorimo o premiku od poučevanja k učenju. Razvoj družbe in pojavnost zdravstvenih problemov neustreznega življenjskega sloga zahtevata kakovosten razvoj profesionalne samopodobe metodikov zdravstvene vzgoje (Zurc et al., 2010, str. 55).

Promocija zdravja nikoli prej ni bila tako pomembna, kot je danes: »Temeljna naloga medicinske sestre je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanje trpljenja. Medicinska sestra je zagovornica koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno in moralno podporo« (Kodeks etike – medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005, 2010, str. 5728). V preteklosti so se medicinske sestre izobraževale tako, da so učile paciente, kako upravljati z boleznijo. V prihodnosti pa se mora medicinska sestra osredotočiti na izobraževanje ljudi, kako ostati zdrav. Delo medicinske sestre mora temeljiti na razumevanju in promociji zdravja (Chiverton, Votava, Tortoretti, 2003). V projekte promocije zdravja so medicinske sestre vključene zato, ker imajo bolj neposreden stik s pacienti. Vlogo, ki jo nosi medicinska sestra pri tem, je seznaniti paciente, da se v zdravstvenem domu izvajajo zdravstvenovzgojne delavnice, ki so namenjene tistim pacientom, ki želijo spremeniti svoj življenjski slog v prid zdravju. Medicinska sestra ima zelo pomembno in ključno vlogo pri zdravstvenovzgojnem delu oziroma promociji ter pri uspešnem izvajanju programa CINDI (»The Role of Nurses in Health Promotion«, 2011).

V ambulantni pa se medicinska sestra/zdravnik srečuje tudi s pacienti, ki nimajo interesa spreminjati svojega tveganega življenjskega sloga, ali pa s kroničnim pacientom. Mnogi

pacienti s težavo razumejo koncept ogroženosti za srčno-žilne bolezni. Informacija o tveganju mora biti predstavljena na primeren način, v razgovoru je treba skupaj s pacientom oceniti prednosti in pomanjkljivosti posameznih terapevtskih ukrepov, njihovo izvedljivost in pomen za pacienta – zadnje v luči njegovih vrednot in stališč. Treba je ugotoviti, v katerem delu motivacijskega cikla je pacient, in opraviti motivacijski intervju (Petek, 2008, str. 251). V tej vlogi vzgojitelja se mora medicinska sestra zavedati, da je opuščanje razvad in spreminjanje tveganega vedenja proces, ki vsebuje številne ovire, zato ga moramo obravnavati in reševati individualno, pri pacientih s kroničnimi boleznimi pa je pomembno, da ga osvešča, spodbuja, mu daje oporo ter pomaga, da bo bolezen sprejel in znal z njo živeti. Postavljati mora cilje, ki jih pacient poskuša doseči (Hoyer, 2005, str. 79; Kadivec, 2000, str. 113). Medicinska sestra kot zdravstveni vzgojitelj ima svetovalno vlogo pri postavljanju ciljev in vlogo motivatorja pri doseganju teh. Pri motivacijskem intervjuju mora upoštevati štiri temeljna načela: izražanje sočutja, ugotavljanje nedoslednosti, premagovanje odpora in podpora samoučinkovitosti (Petek, 2008, str. 252–53). Zdravstvena vzgoja je lahko uspešna le, če je pacient motiviran, da se hoče naučiti spremeniti svoja dosedanja stališča in vedenje (Hoyer, 2005, str. 7). Njena naloga je paciente osveščati, spodbujati, motivirati in jim dajati oporo, da bo bolezen, spremenjeni stil življenja sprejel in znal kljub bolezni kakovostno živeti (Kadivec, 2000, str. 113).

Za kakovostno, uspešno in učinkovito posredovanje znanja/informacij medicinska sestra pri tem uporablja in potrebuje določene metode, ki jih uporablja kot orodje upravljanja lastnega in tujega znanja in predstavljajo načine ravnanja v posameznih situacijah. Medicinski sestre omogočajo pri vzgojnem delu sistematičen in organiziran pristop k podajanju vsebin za zdravje, pacientu pa omogočajo, da potrebno znanje lažje sprejme, ga ovrednoti in uporablja v življenju. Katero metodo dela bo uporabila, je odvisno od aktualnega učnega položaja (Hoyer, 2005, str. 148). S temi dejstvi so medicinske sestre v edinstvenem položaju v mnogih okoljih (v šolah, na delovnem mestu/okolju, skupnosti klinike), kjer imajo veliko priložnosti za izboljšanje zavedanja o boleznih, ki se razvijajo zaradi rizičnih dejavnikov, na katere lahko posameznik vpliva. V veliki

meri prispevajo k oceni tveganja, izobraževanju, promociji zdravja, spremljanju zdravstvenih ukrepov in predstavitvah zdravega načina življenja (Walker, 2010, str. 28).

Medicinske sestre so v najboljšem položaju za zagotavljanje posredovanja informacij pacientu in zagotavljanje učinkovitega izobraževanja o visokem krvnem tlaku. V skoraj vsakem okolju oskrbe sodelujejo v prizadevanjih za multidisciplinarno uravnavanje visokega krvnega tlaka. Imajo znanje, spretnosti kot tudi širino, ki prispeva k raznolikosti pristopa k pacientu pri upravljanju z visokim krvnim tlakom. Pogosto pa so tudi kritični vodniki za visoko kakovost zdravstvenih informacij v okviru svojih družin, sosesk in skupnosti (Canadian Nurse, 2007). Pri obravnavi pacientov, ogroženih zaradi visokega krvnega tlaka, ki so vključeni v delavnice, sta pomembna vzajemno sodelovanje medicinske sestre/zdravnika in njihova interakcija – partnerstvo. Partnerstvo poveča sodelovanje, motivacijo in odgovornost ljudi. Prav to sodelovanje spodbudi medicinska sestra/zdravnik, ki deluje na področju pomoči. Spodbudi ga tako, da pomaga skupini prevzeti odgovornost, in z dejavnostmi, ki se izvajajo, dosežejo zastavljene cilje skupine in okrevanje s pomočjo promocije zdravja. Medicinska sestra pri tem sodeluje tako, da jih izobražuje in zagotavlja strokovno znanje. S svojim strokovnim znanjem opazovanja jih usmerja k sodelovanju in doseganju zastavljenih ciljev (Mohammadi et al., 2006, str. 153–59).

Delo medicinske sestre v ambulantni je tudi seznaniti paciente, da se v zdravstvenem domu izvajajo zdravstvenovzgojne delavnice, ki so namenjene pacientom, ki želijo spremeniti svoj življenjski slog v prid zdravju. Medicinska sestra izvaja programe, ki sodijo v okvir CINDI (CINDI Slovenija, 2012b):

- **življenjski slog:** predstavitev problema srčno-žilnih bolezni in osnovne informacije o zdravem življenjskem slogu;
- **preizkus hoje:** ugotovitev stopnje telesne sposobnosti udeleženca preizkusa, in sicer s preizkusom hoje na 2 km;
- **dejavniki tveganja:** predstavitev fizioloških dejavnikov tveganja, načina zdravljenja in posebnosti pri zdravljenju;

- **zdrava prehrana:** ocena načina prehranjevanja udeleženca delavnice in uvajanje ene do dveh sprememb v lastno prehranjevanje;
- **telesna dejavnost – gibanje:** ugotovitev stopnje telesne sposobnosti udeleženca delavnice in osvojitve znanja ter veščin za ustrezno izvajanje telesne dejavnosti za zdravje;
- **zdravo hujšanje:** ocena življenjskega sloga udeleženca delavnice in sprememba tega s 5–10 % izgubo telesne mase;
- **da, opuščam kajenje:** je strokovno vodeno opuščanje kajenja;
- **individualno svetovanje tveganim pivcem alkohola** za prepoznavanje tveganega pitja ter škodljivih vplivov alkohola na zdravje in pomoč za zmanjšanje tveganega pitja alkohola.

2.6 CINDI

Nacionalni program preventive srčno-žilnih bolezni je organiziran državni program, ki poteka pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravje RS ter pod strokovnim vodenjem in koordiniranjem dejavnosti CINDI Slovenija. Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni omogoča zgodnje odkrivanje posameznikov, ki so bolj ogroženi, da zbolijo zaradi srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni. Nezdrav življenjski slog, kot so nezdrava prehrana, premalo gibanja, kajenje, tvegano pitje alkohola in stres, pomembno pospešujejo pojav tako bioloških dejavnikov tveganja (zvišan krvni tlak, zvišana raven holesterola in sladkorja v krvi ter čezmerna telesna teža in debelost) kot tudi kroničnih bolezni. Edini način, da ohranimo zdravje ali ga izboljšamo, je, da opustimo razvade in živimo zdravo. V ta namen se izvajajo programi dejavnosti v okviru CINDI (CINDI delavnice, 2012).

2.6.1 CINDI Slovenija

Začetki programa CINDI v Sloveniji segajo v leti 1989 in 1990. V tistem času je bil oblikovan nacionalni program aktivnosti. Leta 1994 se je vključila v mednarodno mrežo CINDI. Od leta 2000 program CINDI poteka prek lokalnih preventivno-promocijskih

skupin oziroma zdravstvenih centrov v zdravstvenih domovih po vsej Sloveniji. Z julijem 2009 je CINDI Slovenija postal del Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije, točneje Center za preprečevanje kroničnih bolezni CINDI. Z novembrom 2010 je Center CINDI postal Oddelek za kronične bolezni, ki je del Centra za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni na Inštitutu za varovanje zdravja (IVZ). Osnovno poslanstvo programa CINDI Slovenije je prispevati k ohranitvi in krepitevi zdravja in kakovosti življenja slovenskega prebivalstva. Prizadeva si zmanjšati smrtnost, obolevnost in umrljivost zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni: bolezni srca in ožilja, raka, kroničnih bolezni dihal, poškodb, sladkorne bolezni in duševnih motenj, in zmanjšati dejavnike tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni: zvišan krvni tlak, zvišan holesterol v krvi, zvišan krvni sladkor, čezmerna telesna teža, nezadostna telesna dejavnost, tvegano pitje alkoholnih pijač, kajenje in duševni stres. Aktivnosti so usmerjene predvsem v izobraževanje, ozaveščanje in svetovanje v zvezi z zdravim načinom življenja ter v aktivno pomoč posameznikom pri ohranjanju zdravega načina življenja ali pri spremembi tveganih življenjskih navad (CINDI Slovenija, 2012a).

CINDI Slovenija sledi strateškim usmeritvam celovitega, integriranega preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni. Njihov cilj je usmerjanje aktivnosti v obravnavo vseh ključnih skupnih dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni. Delujejo na mednarodni in nacionalni ravni s ciljem oblikovanja zdravih javnih politik ter zagotavljanja ugodnih determinant zdravja za vse prebivalce. Prizadevajo si za oblikovanje in izvajanje programov promocije zdravja na populacijski ravni s posebnim poudarkom na ogroženih skupinah prebivalcev. Ključne aktivnosti usmerjajo na osnovno zdravstveno dejavnost s ciljem vzpostavitve kapacitet za integrirano preprečevanje in učinkovitejšo obravnavo kroničnih nenalezljivih bolezni, v preventivne programe za odkrivanje posameznikov in skupin prebivalcev z visokim tveganjem ter njihovo vključevanje v programe za »nemedikamentozno« zdravljenje s ciljem spreminjanja življenjskega sloga. Z nacionalno usmeritvijo je program CINDI pridobil na strateškem pomenu in nove možnosti za delovanje (Maučec Zakotnik et al., 2010, str. 69).

2.6.2 Izvedba programov CINDI v zdravstvenovzgojnih centrih

Glede na razširjenost kroničnih nenalezljivih bolezni je razumljivo, da predstavlja eno izmed pomembnih nalog družinskih zdravnikov preventivno delo, katerega namen je preprečevanje pojava kroničnih bolezni (Govc Eržen, 2010a).

V okviru Nacionalnega programa primarne preventive na področju bolezni srca in ožilja delujejo tudi zdravstvenovzgojni centri. Ti centri se nahajajo v vseh večjih zdravstvenih domovih v Sloveniji. Zdravstveno vzgojno delo izvajajo kadri, ki so bili za to delo posebej usposobljeni po metodologiji CINDI Slovenija. Zdravstvenovzgojni centri skrbijo za promocijo zdravega vedenjskega sloga med prebivalci v svojem okolju. Izvajajo številna izobraževanja, individualna in skupinska svetovanja. V zdravstvenovzgojnih centrih potekajo delavnice za zdrav vedenjski slog, o dejavnikih tveganja, zdravi prehrani, zdravi telesni dejavnosti, zdravem hujšanju, za opuščanje kajenja. Za preventivo so odločilnega pomena ukrepi na ravni družine in lokalne skupnosti. Na osnovi slednjega je vloga medicinske sestre v ambulantni zagotovo ključnega pomena (Govc Eržen, 2010a).

Program dejavnosti, ki se izvaja v okviru CINDI, je razdeljen na uvodni del programa za zdravje in je namenjen začetnemu informiranju udeležencev o zdravem življenjskem slogu in dejavnikih tveganja ter motiviranju ljudi za vključitev v strukturirane, daljše tematske delavnice, namenjene osebam s prisotnimi dejavniki tveganja in visoko ogroženim za razvoj srčno-žilnih in ostalih kroničnih nalezljivih bolezni ter že zbolelim. Ta program zajema: življenjski slog, preizkus hoje na 2 km, dejavnike tveganja. Po obravnavi v uvodnem delu programa svetovanje za zdravje so posamezniki glede na ogroženost za razvoj srčno-žilnih in drugih kroničnih nenalezljivih bolezni glede obolevnosti in prisotne dejavnike tveganja napoteni na nadaljevalni program, ki vključuje štiri daljše programe. Ti so zdrava prehrana, telesna dejavnost – gibanje, zdravo hujšanje in da, opuščam kajenje. Nato sledi individualno svetovanje za opuščanje kajenja. Sestavni del programa svetovanja za zdravje je tudi svetovanje za tvegane pive alkohola, ki pa se izvaja pri osebnih zdravnikih (Jelenc, Vrbovšek, 2011).

Za preventivo so odločilnega pomena ukrepi na ravni družine in lokalne skupnosti. Mreža javne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zagotavlja dostopnost vsem prebivalcem v okolju, kjer živijo. Preventivni ukrepi na ravni družine in lokalne skupnosti so odločilnega pomena, saj so vzročni dejavniki tveganja globoko zasidrani v socialni in kulturni družbeni okvir. Ker pa je potrebna za vsako spremembo v življenju motivacija, gre tu za proces prebujanja človekove dejavnosti, da bi dosegli cilje, ki bi v vsakem posamezniku spodbudili pridobivanje znanja, razvijanje spretnosti, navad, novih stališč, pogledov in osebnostnih opredelitev za stalno izboljšanje svojega zdravja (Čuk Rupnik, 2010, str. 146).

Vedno več ljudi je seznanjenih in ozaveščenih o dejavnikih, ki vodijo do dobrega zdravja, zato želijo za svoje zdravstveno stanje in zdravje svojih družin biti dobro obveščeni. Kljub temu da si vsak od nas želi biti zdrav, se težko odreče razvadam in nezdravemu načinu življenja, zato je prav od medicinske sestre odvisno, ali bo program in svoje znanje pravilno posredovala in predstavila tako, da bo v pacientu spodbudila zanimanje in željo po spremembi nezdravega življenjskega sloga v zdravo, kakovostno življenje. Novo znanje, ki ga pacient pridobi, je temelj in lahko vpliva na oblikovanje stališč in vrednot, kar ima za posledico spremembo vedenja v korist zdravja (Žalar, Pucelj, 2001, str. 97–104).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je s pomočjo raziskave ugotoviti, ali so pacienti s kroničnimi srčno-žilnimi boleznimi (med njimi smo izbrali le paciente z visokim krvnim tlakom), ki obiskujejo zdravstvenovzgojne programe programa CINDI, dobro poučeni o svoji bolezni in dejavnikih tveganja, o zdravemu načinu življenja in kaj pacienti sami menijo glede dostopnosti zdravstvene vzgoje na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Cilji :

- ugotoviti poučenost pacientov z visokim krvnim tlakom o svoji bolezni;
- ugotoviti pomen zdravstvenovzgojnih programov z vidika seznanjenosti z dejavniki tveganja za visok krvni tlak;
- ugotoviti, koliko so pacienti z visokim krvnim tlakom seznanjeni o zdravem načinu življenja;
- ugotoviti, ali so pacienti z visokim krvnim tlakom seznanjeni s preventivnimi programi, ki se izvajajo v njihovem kraju.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. V kolikšni meri so pacienti z visokim krvnim tlakom, ki so začeli obiskovati zdravstvenovzgojne programe na primarni ravni, seznanjeni s svojo boleznijo?
2. V kolikšni meri pacienti z visokim krvnim tlakom poznajo dejavnike tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni?
3. V kolikšni meri so pacienti z visokim krvnim tlakom seznanjeni z zdravim načinom življenja?
4. Ali so pacienti z visokim krvnim tlakom seznanjeni z zdravstvenovzgojnimi programi, ki se izvajajo v njihovem domačem kraju?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri izdelavi diplomskega dela smo uporabili deskriptivno metodo dela. Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop. Teoretični del raziskave smo pripravili s pomočjo pregleda slovenskih in tujih podatkovnih baz, kot so Cobiss, Cinahl, Medline in Pubmed, ter serijskih in monografskih publikacij. Vire smo pregledali, podatke sistematizirali ter predstavili najnovejše strokovne izsledke in spoznanja. Za raziskovalni del smo zbrali podatke z anketnim vprašalnikom. Ključne besede, po katerih smo iskali literaturo, so bile: zdravstvena vzgoja, dejavniki tveganja, cardiovascular disease, hypertension, CINDI, medicinska sestra, merjenje krvnega tlaka. Raziskavo smo izvedli po odobritvi dispozicije. Pri raziskovalnem delu smo upoštevali etična načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Vsak posameznik je bil seznanjen, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljno in ga ima pravico odkloniti. Upoštevali smo vidik anonimnosti in individualnosti. Anketni vprašalnik je bil anonimen, anketirani so bili seznanjeni z namenom in cilji raziskave.

3.3.2 Opis instrumentarija

Uporabili smo anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan za potrebe raziskave, temelječ na pregledu literature o primarni zdravstveni vzgoji kroničnega pacienta (Osuala, 2011; Maučec Zakotnik et al., 2010; Hoyer, 2005; Govc Eržen, 2010; WHO, 2002, 2007; CINDI, 2012; Accetto, 2009). Anketni vprašalnik je obsegal 24 vprašanj in je bil razdeljen glede na cilje, ki smo si jih zastavili. Anketni vprašalnik smo razdelili pacientom z visokim krvnim tlakom, ki so se zdravili v zdravstvenih domovih (ZD) v zgornji gorenjski regiji (ZD Jesenice, ZD Bled, ZD Tržič, ZD Kranj) in so obiskovali zdravstvenovzgojne delavnice CINDI. Anketirane osebe so s pomočjo anketnega vprašalnika ocenile informiranost o svoji bolezni in dejavnikih tveganja ter koliko poznajo zdrav življenjski slog. Zanesljivost anketnega vprašalnika je bila preverjena z metodo analize notranje konsistentnosti s Cronbach alfa koeficientom (0,447), za 7

trditev, kar je po Cencičevi (2009) slaba zanesljivost. Z to omejitvijo smo tudi interpretirali rezultate izvedene raziskave.

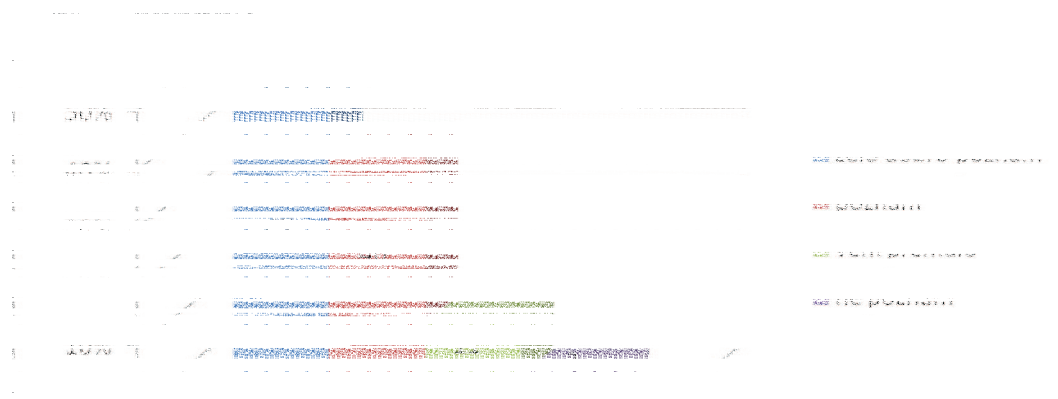
3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli med pacienti z visokim krvnim tlakom, ki obiskujejo delavnice CINDI v zgoraj omenjenih zdravstvenih domovih. V raziskavo je bilo vključenih 89 pacientov (77 % odzivnost). Vzorec je bil neverjetnostni – priročni. V raziskavo smo vključili paciente z visokim krvnim tlakom vseh starostnih skupin ne glede na spol in izobrazbo. V raziskavi je sodelovalo 61 (68 %) oseb ženskega spola in 28 (32 %) oseb moškega spola. Tri osebe (3 %) so bile stare 18 - 31 let, 3 osebe (3 %) 31 - 40 let, 18 oseb (20 %) 41 - 50 let, 29 oseb (33 %) 51 - 60 let, 24 oseb (27 %) 61 - 70 let ter 12 oseb (14 %) starih 71 in več let. Glede na izobrazbo je v raziskavi sodelovalo 32 (36 %) oseb z osnovnošolsko izobrazbo, 39 (44 %) oseb s srednješolsko izobrazbo, 13 (15 %) oseb z višje/visokošolsko izobrazbo in 5 (5 %) oseb z univerzitetno ali višjo izobrazbo.

3.3.4 Opis obdelave podatkov

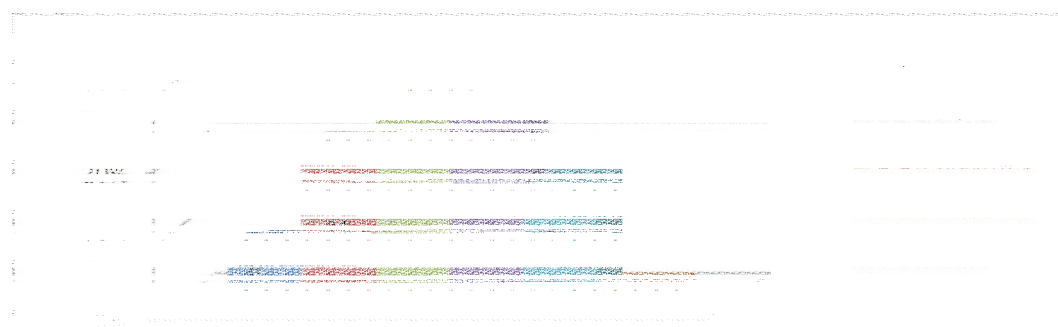
Anketiranje smo izvedli po soglasju vodstva zdravstvenih domov. Prošnjo za privolitev v anketiranje smo poslali vsem ZD v zgornji gorenjski regiji. V ZD Radovljica in ZD Bohinj so odklonili sodelovanje. Anketiranje je bilo izvedeno v aprilu in maju 2012. Anketirali smo prebivalce, ki se zdravijo v zdravstvenih domovih v zgornji gorenjski regiji: ZD Jesenice, ZD Bled, ZD Tržič in ZD Kranj. Izvajalcem zdravstvene vzgoje v delavnicah CINDI smo razdelili 115 anketnih vprašalnikov, ki so jih nato razdelili udeležencem, ki obiskujejo delavnico za srčno-žilne bolezni. Seznanili so jih z etičnimi vidiki, namenom in cilji. Za našo raziskavo smo uporabili opisno statistiko, t- test za analizo razlik med zbranimi podatki in korelacijsko analizo za preverjanje povezav med spremenljivkami. Rezultate, ki smo jih pridobili z anketnim vprašalnikom, smo obdelali s pomočjo programa SSPS 20.0 in rezultate opisali ter jih prikazali v obliki grafov s pomočjo programa Microsoft Excel.

3.4 REZULTATI



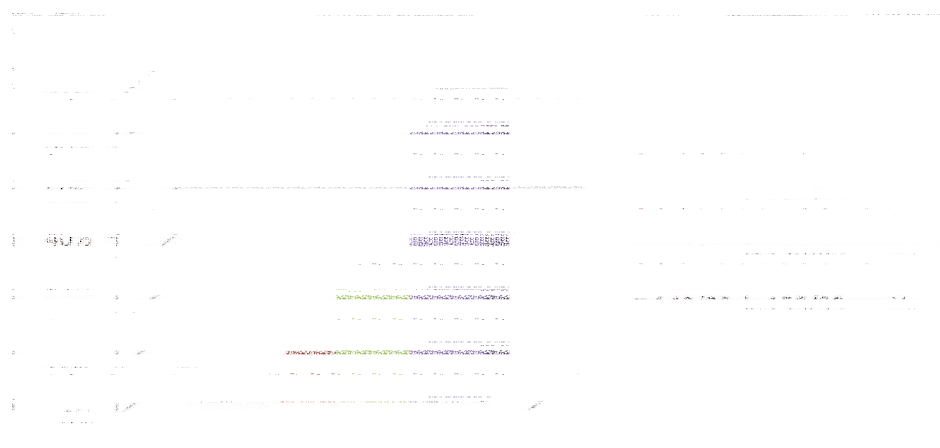
Slika 1: Seznanjenost z visokim krvnim tlakom in vzroki za njegov nastanek

42 (47 %) anketirancev zelo dobro pozna svojo bolezen in vzroke za njen nastanek, 35 (40 %) anketirancev pozna svojo bolezen in vzroke za njen nastanek, 10 (11 %) anketirancev premalo pozna svojo bolezen in vzroke za njen nastanek, 2 (2 %) anketiranca ne poznata svoje bolezni in vzrokov za njen nastanek.



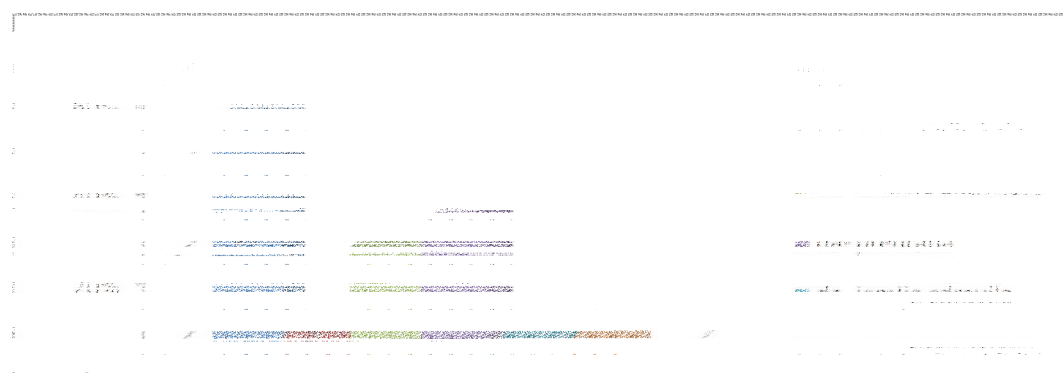
Slika 2: Pogostost preverjanja krvnega tlaka

7 (8 %) anketirancev krvni tlak preveri večkrat dnevno, 19 (21 %) anketirancev enkrat dnevno, 24 (27 %) 1–2-krat tedensko, 23 (26 %) anketirancev 1–2-krat mesečno, 14 (16 %) anketirancev 1–2 krat letno, 2 (2 %) anketiranca pa krvnega tlaka ne preverita nikoli.



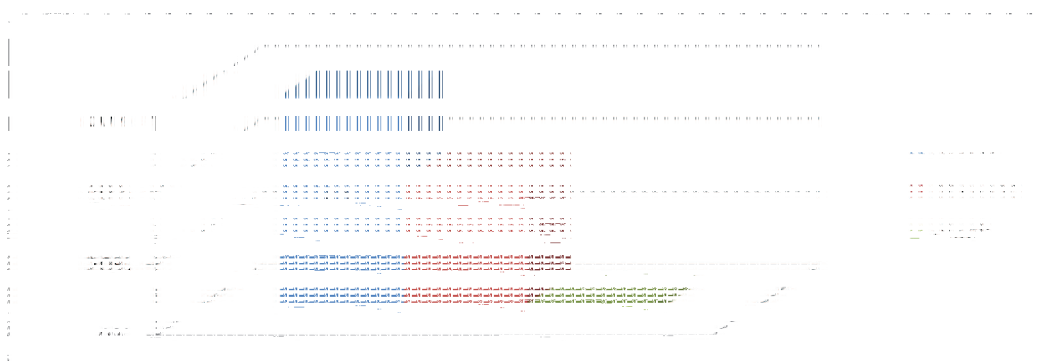
Slika 3: Vrednost za visok krvni tlak

1 (1 %) anketiranec meni, da je vrednost visokega krvnega tlaka <120/80 mm Hg, 6 (7 %) anketirancev meni, da je ta od 120/80 do 129/84 mm Hg, 24 (27 %) anketirancev meni, da je ta od 130/85 do 139/89 mm Hg, 58 (65 %) anketirancev pa meni, da je vrednost za visoki krvni tlak od 140/90 do 159/99 mm Hg.



Slika 4: Sprememba življenjskega sloga po ugotovitvi visokega krvnega tlaka

Na 7. vprašanje je bilo možnih več odgovorov. 47 (53 %) anketirancev je odgovorilo z ne, 41 (47 %) anketirancev je odgovorilo z da. Od tistih, ki s odgovorili z da, jih 5 (5 %) ni navedlo kako, 22 (25 %) jih je navedlo telesno aktivnost, 27 (30 %) jih je navedlo, da so spremenili prehrano, 3 (3 %) anketiranci so po ugotovitvi visokega krvnega tlaka pričeli z jemanjem zdravil in 2 (2 %) anketiranca sta opustila kajenje.



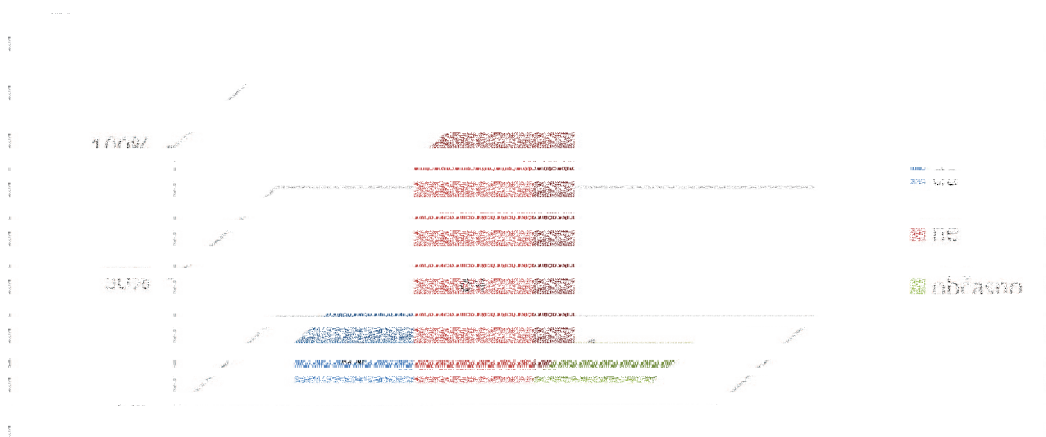
Slika 5: Kontrolni pregledi pri izbranem zdravniku v splošni ambulanti

53 (60 %) anketirancev redno hodi na kontrolne preglede pri izbranem zdravniku v splošni ambulanti, 33 (37 %) anketirancev občasno hodi na kontrolne preglede in 3 (3 %) anketiranci nikoli ne gredo na kontrolne preglede.

Na vprašanje o tem, kje so dobili informacije o dejavnikih tveganja in zdravem življenjskem slogu je 68 (77 %) anketirancev odgovorilo, da so te informacije dobili pri izbranem zdravniku, 23 (26 %) od medicinske sestre, 27 (30 %) iz medijev, 11 (13 %) od sorodnikov/prijateljev in 40 (45 %) na delavnicah CINDI.

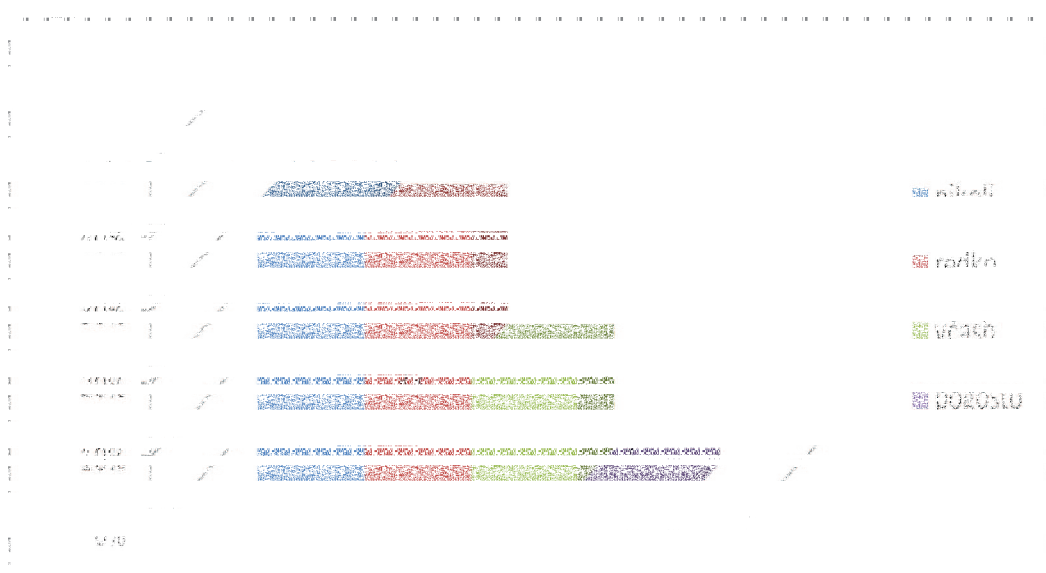
Mnenje anketirancev o tem, ali so kronične nenalezljive bolezni ozdravljive ali ne je bilo sledeče: 45 (51 %) anketirancev meni, da so kronične nenalezljive bolezni ozdravljive, 44 (49 %) anketirancev pa meni, da kronične nenalezljive bolezni niso ozdravljive.

Na vprašanje, kateri dejavniki po njihovem mnenju vplivajo na nastanek arterijske hipertenzije smo dobili odgovore (možnih več odgovorov): 40 (45 %) anketirancev meni, da je to telesna neaktivnost, 41 (46 %) jih meni, da je to nepravilna prehrana, 41 (46 %) jih meni, da je to prekomerna telesna teža, 16 (18 %) jih meni, da je to dednost, 22 (25 %) jih meni, da je to kajenje, 21 (23 %) jih meni, da je to prekomerno pitje alkohola, 42 (47 %) pa jih meni, da so vsi naštet dejavniki vzrok za nastanek visokega krvnega tlaka.



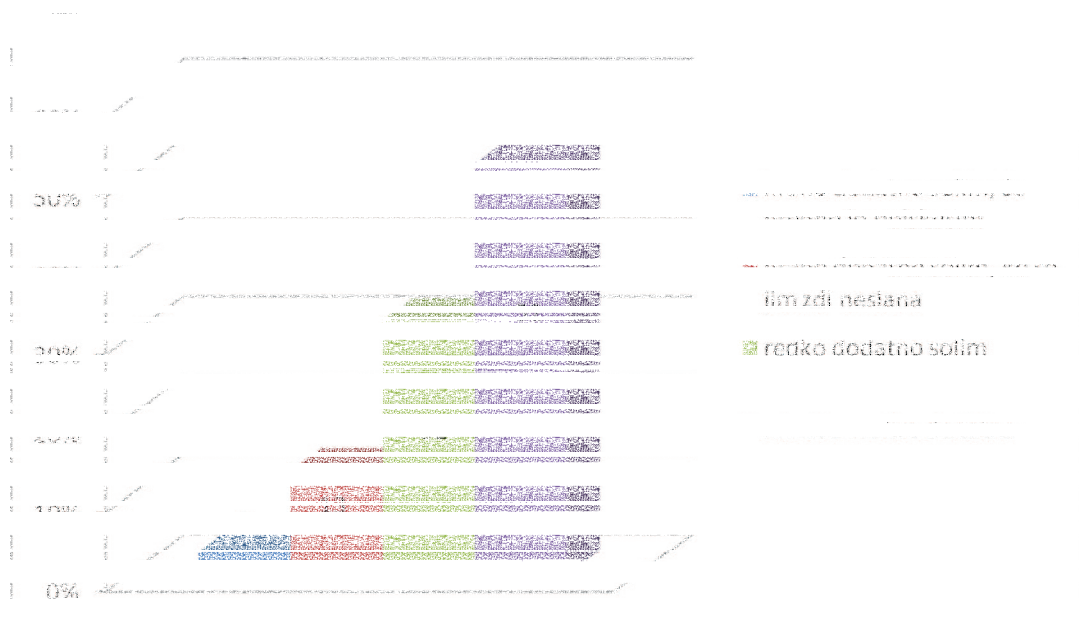
Slika 6: Pogostost kajenja anketirancev

13 (15 %) anketirancev redno kadi, 75 (84 %) jih ne kadi, 1 (1 %) pa kadi občasno.



Slika 7: Pogostost uživanja alkohola anketirancev

36 (41 %) anketirancev nikoli ne uživa alkohola, 34 (38 %) anketirancev redko uživa alkohol, 17 (19 %) anketirancev včasih uživa alkohol, 2 (2 %) anketiranca pa pogosto uživata alkohol.



Slika 8: Pogostost dosoljevanja hrane anketirancev

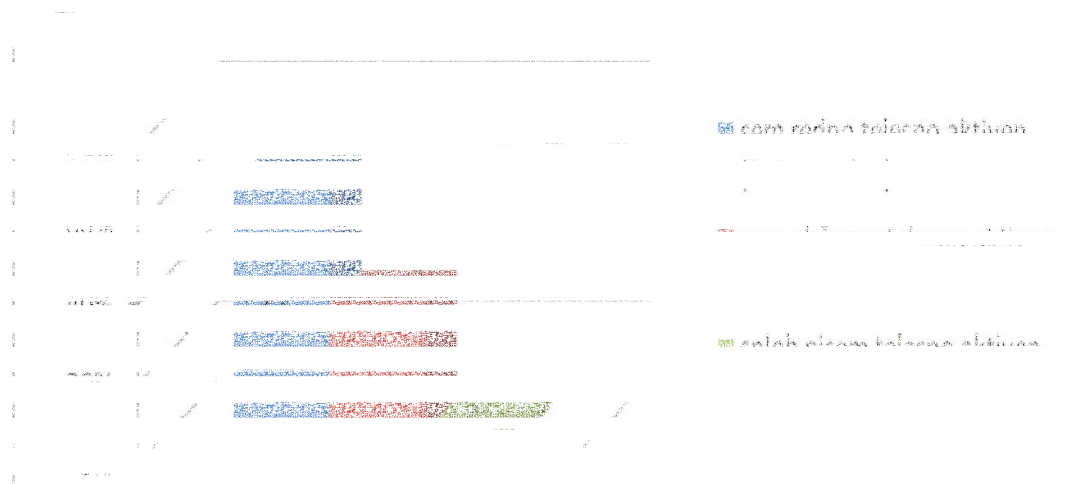
3 (3 %) anketiranci hrano dodatno solijo, še preden jo poskusijo, 12 (13 %) jih hrano dodatno soli, ko se jim ne zdi slana, 28 (32 %) jih hrano redko dodatno soli, 46 (52 %) pa jih hrane nikoli dodatno ne soli.

Zanimalo nas je ali so bili povabljeni na preventivni pregled glede ogroženosti za srčno-žilne bolezni ter ali so bili z ugotovitvami seznanjeni. 60 (67 %) anketirancev je bilo povabljenih na preventivni pregled, 29 (33 %) jih ni bilo povabljenih. Vsi (100 %), ki so bili povabljeni na preventivni pregled, so tudi bili seznanjeni z ugotovitvami tega pregleda.

75 (84 %) anketirancev je mnenja, da je medicinska sestra na delavnicah CINDI podala dovolj informacij o nevarnosti visokega krvnega tlaka, 2 (2 %) anketiranca menita, da ni podala dovolj informacij, 12 (14 %) anketirancev se ni moglo opredeliti.

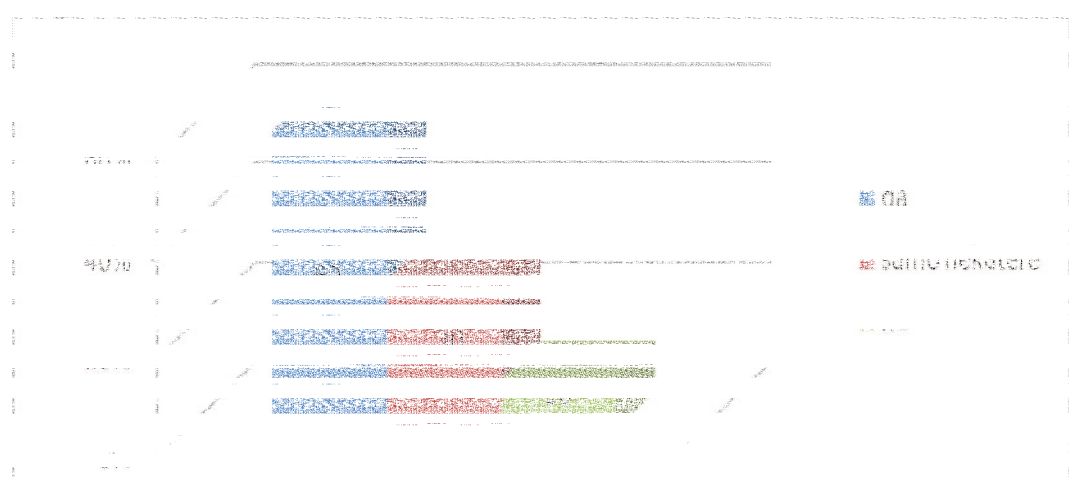
85 (95 %) anketirancev meni, da nezdrav življenjski slog vpliva na nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni. Odgovora ne ni izbral nihče, 4 (5 %) anketiranci so izbrali odgovor ne vem.

86 (97 %) anketirancev meni, da je telesna aktivnost zelo pomembna za ohranjanje in krepitev zdravja, 3 (3 %) anketiranci menijo, da ima telesna aktivnost majhen pomen za ohranjanje in krepitev zdravja, nihče pa ne misli, da telesna aktivnost nima pomena za ohranjanje in krepitev zdravja.



Slika 9: Pogostost telesne aktivnosti vsaj 30 minut - sprehodi, kolesarjenje, tek

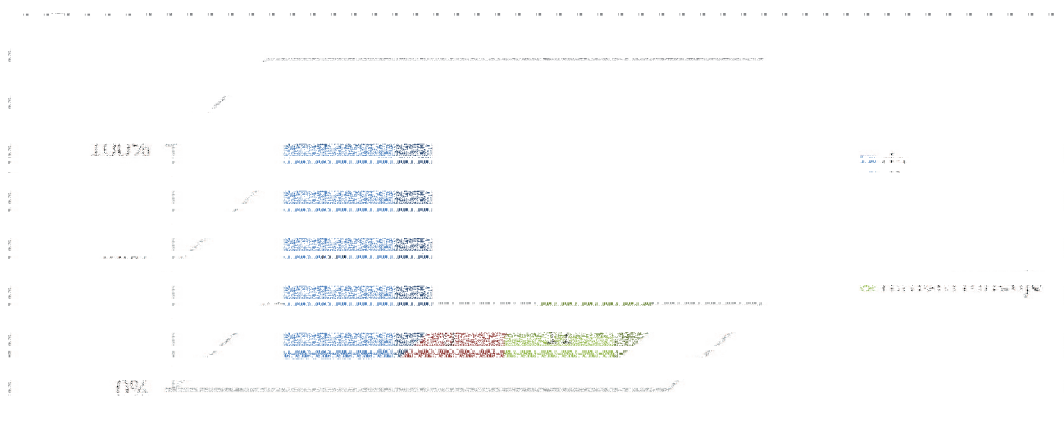
57 (64 %) anketirancev je redno telesno aktivnih (3–4-krat na teden), 30 (34 %) anketirancev je občasno telesno aktivnih, 2 (2 %) anketiranca pa sploh nista telesno aktivna.



Slika 10: Poznavanje programov CINDI, ki se izvajajo v mestu anketirancev

53 (60 %) anketirancev pozna programe CINDI, ki se izvajajo v njihovem kraju, 27 (30 %) anketirancev pozna samo nekatere, 9 (10 %) anketirancev pa ne pozna programov, ki jih izvaja CINDI v njihovem kraju.

Na vprašanje katere programe v okviru CIDI so že obiskovali, smo dobili odgovore: 41 (46 %) anketirancev je že obiskovalo program zdrav življenjski slog, 38 (43 %) program preizkus hoje, 25 (28 %) program dejavniki tveganja, 46 (52 %) program zdrava prehrana, 20 (23 %) program telesna dejavnost, 32 (36 %) program zdravo hujšanje, 8 (9 %) anketirancev je že obiskovalo program da, opuščam kajenje, ter 1 (1 %) anketiranec program individualno svetovanje tveganim pivcem alkohola.



Slika 11: Mnenje anketirancev o vlogi medicinske sestre na delavnicah CINDI pri osveščanju ljudi o visokem krvnem tlaku

79 (89 %) anketirancev meni, da ima medicinska sestra na delavnicah CINDI pomembno vlogo pri osveščanju ljudi o visokem krvnem tlaku, 10 (11 %) anketirancev pa nima mnenja o vlogi medicinske sestre na teh delavnicah.

Ugotovili smo, da je 44 (50 %) anketirancev bilo zelo zadovoljnih z vsebino programa CINDI delavnic, 43 (48 %) jih je bilo zadovoljnih, 2 (2 %) anketiranca pa nista bila zadovoljna z vsebino programa.

Tabela 2: Ugotavljanje razlik v odgovorih glede na spol anketirancev

Trditve v vprašalniku:	Moški		Ženske			
	PV	SD	PV	SD	t(87)	p
Kako pogosto preverjate krvni tlak?	3,32	1,362	3,25	1,206	0,263	0,802
Katera vrednost za vas pomeni visok krvni tlak?	3,71	0,460	3,49	0,744	1,456	0,149
Ali hodite na kontrolne preglede pri izbranem zdravniku?	1,54	0,576	1,39	0,556	1,108	0,271
Ali poznate programe, ki jih izvaja CINDI v vašem kraju?	1,46	0,693	1,52	0,673	-0,389	0,698

PV = povprečna vrednost, SD = standardni odklon, p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, t = vrednost t-testa

Pri nobenem vprašanju nismo ugotovili statistično pomembnih razlik med spoloma. Rezultati so prikazani v tabeli 2.

Tabela 3: Korelacijska analiza med spremenljivkami

	Starost	Kako pogosto preverjate krvni tlak?	Katera vrednost za vas pomeni visok krvni tlak?	Ali hodite na kontrolne preglede pri izbranem zdravniku?	Ali poznate programe, ki jih izvaja CINDI v vašem kraju?
Starost	1				
Kako pogosto preverjate krvni tlak?	-0,395**	1			
Katera vrednost za vas pomeni visok krvni tlak?	0,163	0,061	1		
Ali hodite na kontrolne preglede pri izbranem zdravniku?	-0,430**	0,379**	0,063	1	
Ali poznate programe, ki jih izvaja CINDI v vašem kraju?	-0,120	0,159	0,093	0,008	1

** Povezanost je statistično pomembna na stopnji $p = 0,01$.

* Povezanost je statistično pomembna na stopnji $p = 0,05$.

Ugotovili smo, da obstaja statistično pomembna negativna povezava med starostjo anketirancev in pogostostjo merjenja krvnega tlaka ($r = 0,395$, $p = 0,000$); da obstaja statistično pomembna negativna povezava med starostjo anketirancev in rednimi

kontrolnimi pregledi pri izbranem zdravniku ($r = 0,430$, $p = 0,000$) in da obstaja statistično pomembna pozitivna povezava med pogostostjo preverjanja krvnega tlaka in rednimi kontrolnimi pregledi pri izbranem zdravniku ($r = 0,379$, $p = 0,000$).

3.5 RAZPRAVA

Pomembno je, da so ljudje seznanjeni z dejavniki tveganja in z zdravim življenjskim slogom, ki predstavlja temelj za ohranitev zdravja oz. zdravo življenje. Vir informacij je tisti pomemben dejavnik, ki lahko vpliva na zdravega ali bolnega posameznika. Trud, vložen v posredovanje informacij o visokem krvnem tlaku in vzrokih za njegov nastanek, je po našem mnenju obrodil sadove, saj izgovora o premajhni informiranosti glede na našo raziskavo (kljub majhnemu vzorcu) ne moremo najti. Ugotovili smo, da anketirane osebe bolezen zelo dobro oz. dobro poznajo. Ugotovimo pa lahko, da se pacienti v veliki večini ne bojijo te bolezni. Tak odziv lahko pripišemo dvema dejavnikoma. Prvi je ta, da je visok krvni tlak asimptomatična bolezen. Drugi dejavnik je, da predstavlja vsaka sprememba življenjskega sloga dolgotrajen in naporen proces in je veliko lažje jemati zdravila in vztrajati pri ustaljenem nezdravem življenjskem slogu kot ga spremeniti, čeprav se zavedajo njegovih posledic. Glede slednjega lahko ugotovimo, da je to poglavitni vzrok, da pacienti težko pristajajo na omejitve oz. spremembe v ustaljenem načinu življenja, kar se jasno vidi iz naše raziskave.

Enake ugotovitve navaja tudi Petek (2008), ko pravi, da je odstotek bolnikov, ki se držijo priporočenih nasvetov glede življenjskega sloga, precej nižji kot tisti, ki predstavlja rednost jemanja zdravil, in da raziskave potrjujejo, da je večini ljudi lažje redno jemati zdravila kot pa spremeniti življenjski slog. Podobno lahko ugotovimo tudi pri rezultatih obiskanosti rednih kontrolnih pregledov in pri samomeritvah krvnega tlaka. Ugotovimo lahko, da osebe ne posvečajo dovolj pozornosti samomeritvam krvnega tlaka, torej se ne zavedajo njegove pomembnosti. Merjenje krvnega tlaka je hitro in neboleče in edini način, da ugotovimo visok krvni tlak. Samomeritve krvnega tlaka so najprimernejše za bolnike, ki bi radi sodelovali pri svojem zdravju (Dolenc, 2003). Krvni tlak se razlikuje znotraj dneva in med dnevi, meseci in letnimi časi.

Nezadostno število samomeritev krvnega tlaka, na primer samo enkrat dnevno, ima lahko za posledico pristransko prikazovanje pravih dejavnikov za visok krvni tlak (Dawes et al., 2008, str. 390). Meritve in spremljanje krvnega tlaka so zelo pomembni za nadzor ali nastanek bolezni. Za preprečitev nastanka visokega krvnega tlaka oz. njegovo uspešno zdravljenje ter z njim povezane srčno-žilne bolezni je treba spremeniti nekatere življenjske navade, in sicer opustiti kajenje, zmanjšati čezmerno telesno maso, spremeniti druge prehranske navade, zmanjšati vnos natrija (soli), omejiti uživanje alkohola in povečati telesno dejavnost (Salobir, Brguljan-Hitij, 2004, str. 339). Ugotovimo lahko, da pogostost kajenja v naši raziskavi sovпада s statističnimi podatki (»Kajenje v RS«, 2006–2008), da je delež kadilcev med odraslimi z uvedbo protikadilskega zakona padel z 22,3 na 17,5 % (»Kajenje v RS«, 2006–2008). Kajenje vpliva na togost arterij, kar povzroča zvišanje centralnega krvnega tlaka. Pri kadilcih kajenje povzroča začasno zvišanje krvnega tlaka. Pri težkih kadilcih lahko zvišan krvni tlak ostane. Pri rednih kadilcih se kaže zvečanje krvnega tlaka med dnevnimi dejavnostmi ali pa se kaže kot zvišanje centralnega krvnega tlaka. Kajenje lahko povzroči prikrito hipertenzijo. Arterijska hipertenzija je pri kadilcih težje vodljiva kot pri nekadilcih, prav tako je prognoza pri hipertoničnih, ki kadijo, bistveno slabša, saj se pri njih v večji meri pojavljajo hujše oblike arterijske hipertenzije in tudi renovaskularna hipertenzija (Salobir, Brguljan-Hitij, 2004, str. 346).

Nadalje smo ugotovili, da prekomerno pitje alkohola pri anketiranih osebah ni prisotno. Med vsemi anketiranimi osebami prevladujejo odgovori nikoli, redko, včasih. Temu rezultatu pripisujemo zavedanje o škodljivosti prekomernega pitja alkohola na zdravje kot tudi seznanjenost s pozitivnimi učinki pri zmernem pitju alkohola (kot na primer kozarec zaužitega vina pri glavnem obroku). Okubo et al. (2001) so s svojo raziskavo ugotovili (njihova študija je zajela 2999 moških med 40. in 54. letom starosti), da ni bistvene statistične razlike med nepivci in lahкими pivci v spremembi sistoličnega in diastoličnega krvnega tlaka, sistolični in diastolični krvni tlak pri težkih pivcih pa sta bistveno višja. Učinke uživanja alkohola na krvni tlak pri bolnikih s hipertenzijo so ugotavljali tudi Kawano et al. (2002) in ugotovili, da je krvni tlak v obdobju rednega uživanja alkohola bistveno povišan zjutraj, medtem ko je zvečer nižji. V študiji

štiritedenskega spremljanja krvnega tlaka pri rednem in občasnem uživanju alkohola so dognali, da je krvni tlak pri rednem uživanju veliko višji kot pri občasnem uživanju alkohola. Navedli so tudi, da abstinenca pri težkih pivcih povzroča povečan krvni tlak kot tudi srčni utrip in je to del sindroma umika. V njihovi raziskavi pa je bilo opaziti, da je v takem primeru krvni tlak zvečer znatno povišan, medtem ko zjutraj ni. Škodljive posledice prekomernega pitja alkohola so potrdile številne epidemiološke študije. Kronično, tako imenovano težko, prekomerno pitje alkohola predstavlja dejavnik tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni. Po drugi strani pa je tudi dokazano, da pitje alkohola v zmernih količinah zmanjšuje obolevnost in umrljivost od srčnih bolezni in ishemične možganske kapi (Jakovljević et al., 2004).

Novodoben način življenja je prinesel bolj enostavno in manj fizično naporno življenje. Posledica novega, sedečega načina življenja pa se kaže predvsem v pojavljanju kroničnih bolezni – srčno-žilnih bolezni. Po podatkih WHO umre vsak osmi prebivalec sveta zaradi zapletov arterijske hipertenzije (Frakaš, Zaletel-Kragelj, Accetto, 2008). WHO je leta 2002 objavila podatke, da so po vsem svetu zabeležili 17 milijonov mrtvih predvsem od ishemične bolezni srca in ožilja, medtem ko je v Slovenji preko 70 % smrti, med katerimi vodijo bolezni srca in ožilja (Hlastan Ribič et al., 2011, str. 29). Pomembno vlogo pri nastanku in preprečevanju kroničnih nenalezljivih bolezni imajo vedenjski dejavniki, za katere menimo, da med njih na prvo mesto sodita gibanje in prehrana, v katero sodi tudi prekomerna raba soli. Večja odstopanja od dobljenih rezultatov smo pričakovali pri telesni aktivnosti in prekomerni rabi soli. Na osnovi rezultatov naše raziskave je redno telesno aktivnih kar 64 % anketiranih oseb. Žal smo ugotovili, da smo vprašanje morda postavili preohlapno. Omeniti pa je tudi potrebno, da sta bili omejitvi izvedene raziskave slaba zanesljivost instrumenta in nenaključno izbran vzorec. Menimo, da bi morali to vprašanje preoblikovati in ponuditi bolj natančne odgovore, da bi lahko ugotovili dejansko stanje. Glede na pomanjkljivost, ki smo jo omenili, lahko le predvidevamo, da imajo anketirane osebe težavo s prekomerno težo in z njo povezano zdravo prehrano, med katero sodi tudi prekomerna raba soli. Ugotovitve raziskave »Z zdravjem povezan življenjski slog«, izvedene leta 2001, navajajo, da je 20 % odraslih moških, ki so prekomerno prehranjeni, in 15,5 % debelih

moških. Prekomerno prehranjenih žensk je 30,9 %, debelih pa 13,8 % (Govc Eržen, 2010b, str. 91). Za ocenitev telesne aktivnosti bi predvsem morali poznati ITM anketiranih oseb, prehranske navade in natančneje določiti, na kakšen način so redno aktivni, zato nam dobljeni rezultati vzbujajo dvom o pravilnosti ugotovitev.

Enaka pomanjkljivost kot pri telesni aktivnosti se kaže pri ugotavljanju prekomerne rabe soli oziroma dosoljevanja hrane. Naša ugotovitev se ne ujema z navedbami raziskav, izvedenih na območju Republike Slovenije, ki jih navajajo avtorji Maučec Zakotnik et al. (2009). Avtorji navajajo, da izsledki raziskav, izvedenih na območju Slovenije, kažejo na razmeroma visoke deleže ljudi z ugotovljenimi dejavniki tveganja oziroma boleznimi, povezanimi s prekomernim vnosom soli (natrija) (Maučec Zakotnik et al., 2009). Ugotovimo lahko, da je neujemanje naših rezultatov z navedbami ugotovitev drugih avtorjev lahko posledica nepravilno zastavljenega vprašanja ali nenatančno zastavljenega vprašanja ali preveč posplošenega vprašanja. Predvsem imamo v mislih, da bi morali vprašanje postaviti tako, da bi dobili odgovore, koliko soli porabijo dnevno ali pri posamični hrani, da je ne dosoljujejo in ali upoštevajo sol, ki je v kupljeni hrani ipd. Zastaviti bi morali tudi vprašanje, katera hrana je vsak dan prisotna na njihovem jedilniku in v kakšnih količinah, če vemo, da sol vsebujejo kupljena živila, kot so: kruh in krušni izdelki ipd., na katera pogosto pozabimo. V raziskavah, izvedenih na območju Slovenije leta 2005, 2007 in 2009/2010, o vsebnosti soli v živilih, predvsem v prehrani prebivalcev Slovenije, je bilo namreč ugotovljeno, da med osnovnimi živili največji delež predstavljajo kruh in krušni izdelki, mesni izdelki, predelana zelenjava in siri (Hlastan Ribič et al., 2011, str. 29–33).

Hlastan Ribič et al. (2010) pa so ugotovili, da odrasli prebivalci Slovenije zaužijejo dnevno 150 % soli preveč. Z metodo merjenja koncentracije izločenega natrija v 24-urnem urinu je bilo v Sloveniji ugotovljeno, da odrasli prebivalci v povprečju zaužijemo 12,4 g soli na dan. Glede na priporočila WHO/FAO, ki kot zgornjo, za zdravje še neškodljivo mejo uživanja soli, navajajo do 5 g soli dnevno, zaužijemo odrasli prebivalci Slovenije kar okrog 150 % soli dnevno preveč (Hlastan Ribič et al., 2010, str. 65). Glede na zgoraj navedene rezultate raziskav menimo, da smo tudi to vprašanje

postavili preveč posplošeno in tako nismo mogli ugotoviti dovolj zanesljivih podatkov. Tukaj imamo predvsem v mislih, da bi morali vprašanje postaviti tako, da bi dobili odgovore, koliko soli porabijo dnevno ali pri posamični hrani, da je ne dosoljujejo ali upoštevajo sol, ki je v kupljeni hrani ipd. Na osnovi naših ugotovljenih pomanjkljivosti bi predlagali širitev raziskave prav na teh dveh področjih.

Pomembno je, da so ljudje seznanjeni z dejavniki tveganja in z zdravim življenjskim slogom. Cilj seznanjenosti s tem ni samo vedeti, temveč tudi udejanjiti. Trud, da bi življenjski slog spremenil večji odstotek ljudi (nad 25–30 %, kot ga navaja Petek (2008)), je zagotovo želja slehernega zdravnika, medicinskih sester oziroma celotnega zdravstvenega osebja na vseh ravneh. Ugotovili smo, da pacienti največ informacij o dejavniki tveganja in o zdravem življenjskem slogu dobijo pri izbranem zdravniku. Prav tako ni presenetljivo, da temu odgovoru sledijo delavnice CINDI, kjer so izvajalci strokovno usposobljeni na tem področju. Prav pri tem ima medicinska sestra velik pomen. Pomen vloge medicinskih sester v delavnicah CINDI ni zgolj posredovanje informaciji o krepitvi zdravja, preprečevanja bolezni in ohranjanju zdravja, temveč veliko več. Njena vloga je, da pacienta pri pogovoru motivira, spodbuja in mu pomaga. Zavedati se mora, da se vsi pacienti niso pripravljani spoprijeti s težkimi izzivi, ki vodijo k ozdravitvi, in da tudi njihova pričakovanja niso vedno enaka. Kljub temu njihovih odločitev ne sme obsojati in jih mora nenehno spodbujati. Vloga medicinske sestre ni v tem, da bolnika prisili k opustitvi njegovega dosedanjega nezdravega življenjskega sloga in ga nadzira, ampak da mu pomaga pri odločitvi, kako in kdaj je pripravljen opustiti navade (Šolc, 2012).

Glede na razširjenost kroničnih nenalezljivih bolezni je razumljivo, da predstavlja preventiva eno izmed pomembnih nalog družinskih zdravnikov, katere namen je preprečevanje pojava kroničnih bolezni. Zdravstvenovzgojni centri skrbijo za promocijo zdravega vedenjskega sloga med prebivalci v svojem okolju. V okviru Nacionalnega programa primarne preventive na področju bolezni srca in ožilja delujejo tudi zdravstvenovzgojni centri. Ti centri se nahajajo v vseh večjih zdravstvenih domovih v Sloveniji. V zdravstvenovzgojnih centrih potekajo delavnice za zdrav vedenjski slog, o dejavniki tveganja, zdravi prehrani, zdravi telesni dejavnosti, zdravem hujšanju, za

opuščanje kajenja. Za preventivo so odločilnega pomena ukrepi na ravni družine in lokalne skupnosti. Vloga medicinske sestre v ambulanti je na osnovi slednjega zagotovo ključnega pomena (Govc Eržen, 2010a). Rezultat raziskave o seznanjenosti z zdravstveno vzgojnimi programi je pokazal zadovoljivo sliko. Ugotovimo lahko, da so anketirane osebe z večino programov seznanjene in se jih tudi udeležujejo.

Pravilno posredovanje in zadovoljstvo s posredovanimi informacijami sta ključna elementa, ki potrjujeta, da program deluje na način, ki je ljudem blizu. Enako velja za metode poučevanja in posredovanja informacij, katerih posledica je uspešno delovanje in doseganje učinkovitih sprememb, kar pa je tudi cilj medicinskih sester na delavnicah CINDI oz. vseh zdravstvenih delavcev, ki so kakor koli vpleteni v ta projekt. Ocena udeležencev je torej zelo pomembna. Raziskava je pokazala, da ima po mnenju anketiranih oseb medicinska sestra na delavnicah CINDI pomembno vlogo pri osveščanju ljudi o visokem krvnem tlaku, njegovih posledicah in dejavnikih tveganja, saj se verjetno zavedajo, da njihov zdravnik zaradi obremenjenosti in časovne omejitve ne more posredovati zadostnega števila podrobnejših informacij in da so prav medicinske sestre tiste, ki so na tem področju strokovno usposobljene, da na razumljiv način razložijo in podajo vse potrebne informacije tako na zastavljena kot tudi nezastavljena vprašanja.

ZAKLJUČEK

Bolezni srca in žilja v razvitem svetu povzročajo največjo obolevnost in umrljivost in s temi dejstvi so največji javnozdravstveni problem tako v svetu kot tudi v Sloveniji. Najbolj pogost simptom srčno-žilnih bolezni je visok krvni tlak. WHO je v ta namen ustanovila program CINDI, v katerega je vključena tudi Slovenija. Program je v Sloveniji oblikovan tako, da je dostopen vsem odraslim, s poudarkom na ogroženih skupinah prebivalcev. Kljub temu da je v naši raziskavi treba upoštevati omejitve glede števila anketiranih oseb in slabe zanesljivosti anketnega vprašalnika, so rezultati izvedene raziskave pokazali, da ljudje kljub številnim argumentom o škodljivosti nezdravega življenjskega sloga, pomembnosti pravilnega merjenja krvnega tlaka in rednih kontrolnih obiskov pri izbranem zdravniku ne upoštevajo navodil in priporočil zdravstvenega osebja. Glede na ugotovljene pomanjkljivosti je treba nadaljnja raziskovanja usmeriti na ta področja. Odstopanja pri zgoraj omenjenih pomanjkljivostih smo ugotovili predvsem pri najbolj delovni aktivni populaciji. Starostna doba prebivalstva se viša in v prihodnosti bo treba načrtovanje preventivnih pregledov usmeriti na mlajšo populacijo (40–50 let), saj je zdravje aktivno delovne populacije pomembno za celotno družbo, ne samo za posameznika.

4 LITERATURA

Accetto R. Posodobljene smernice za obravnavanje arterijske hipertenzije. In: Dolenc P, ed. XVIII. Strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož, 26.-27. Nov 2009. Ljubljana: SZD sekcija za arterijsko hipertenzijo; 2009.

Accetto R, Brguljan Hitij J, Dobovišek J, Dolenc P, Salobir B. Slovenske smernice za zdravljenje arterijske hipertenzije 2007. Zdrav Vestn. 2008; 77: 349–63.

Acceto R, Salobir B. Epidemiologija arterijske hipertenzije – regionalne razlike. In: Dolenc P, ed. XIX. Strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož, 2.-3. Dec 2010. Ljubljana: SZD sekcija za arterijsko hipertenzijo; 2010.

Bayat M, Erdem E, Barik Ö, Baser M, Tascis S. Blood pressure, height, weight, body mass index of primary school students in low socio-economic district in Turkey. Int Nurs Rev. 2009; 56 (3): 375–80.

Bennett C, Perry J, Lawrence Z. Promoting health in primary care. Nurs Stand. 2009; 23(47): 47–8.

Breen J. An introduction to causes, detection and management of hypertension. Nurs Stand. 2008; 23(14): 42–6.

Bulc M. Dokazi za odkrivanje, zdravljenje in vodenje kroničnih bolezni. Znanstveno utemeljena medicina. In: Kersnik J, ed. 17. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo; 2000.

Cencič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009: 49.

Chiverton PA, Votava KM, Tortoretti DM. The future role of nursing in health promotion. *Am J Health Promotion*. 2003; 18(2): 192–94.

Chummun H. Hypertension – a contemporary approach to nursing care. *Br J Nurs*. 2009; 18(13): 784–89.

CINDI Slovenija. 2012a. Dostopno na: http://cindi-slovenija.net/index.php?option=com_content&task=view&id=167&Itemid=84 (3. 5. 2012).

CINDI Slovenija. 2012b. Dostopno na: http://cindi-slovenija.net/index.php?option=com_content&task=view&id=117&Itemid=62 (3. 5. 2012).

CINDI delavnice ZD Slovenj Gradec, 2012. Dostopno na: http://www.zd-sg.si/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=76 (7. 5. 2012).

Cruickshank K. Brahialni in centralni aortni krvni tlak: zakaj je izbira zdravila pomembna? Novi izzivi v zdravljenju bolnikov z arterijsko hipertenzijo; 2012, 1-4.

Dostopno na:
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:1cDxJvBQEVEJ:www.jupslin.net/pdf/noviizzivi.pdf+BRAHIALNI+SR%C4%8CNI+TLAK&hl=sl&gl=si&pid=bl&srcid=ADGEESgh8Imp8XpvzQ8dmmW6SN8oKBR8LWZjRYvtPOoi7dlL3U_IYcP0voFQ8hZPRCnKr-U1uso0XvVaRnpSyKjte7xR-pFP0Jw2J-7RxpfiUmfpzT1KLai1vhwQmdAjIT61saiZz&sig=AHIEtbSEL5S05DsVKA5asdV1w7nerH1Sgw (25. 4. 2012).

Čuk Rupnik J. Obvladovanje tobaka in alkohola v zdravstvenem domu Logatec. *Zdrav Var*. 2010; 49: 145–52.

Dawes MG, Bartlett G, Coats AJ, Juszczak E. Comparing the effects of white coat hypertension and sustained hypertension on mortality in a UK primary care setting. *Ann Fam Med*. 2008; 6(5): 390–6 (43 ref).

Djomba JT, Vertnik L, Zaletel Kragelj L, Maučec Zakotnik J, Hlastan Ribič C. Prehranjevalne navade kot dejavnik tveganja za kronične nenalezljive bolezni. . Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2008.

Dolenc P. Krvni tlak – klinične meritve, samomeritve in neinvazivno merjenje krvnega tlaka. In: Dolenc P, ed. XII. Strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož, 25. Oct 2003. Ljubljana: SZD sekcija za arterijsko hipertenzijo; 2003.

Filej B. Zdravje za vse za 21. stoletje. Obzor Zdr N. 1999; 33(3–4): 165–70.

Frakaš J, Zaletel Kragelj L, Accetto R. Obravnava bolnikov z arterijsko hipertenzijo: dosedanje izkušnje in možnosti za izboljšanje. Zdravstveni Vestnik. 2008; 77: 97–102.

Fras Z, Jug B. Novosti v preventivi srčno žilnih bolezni. In: Bunc M, Gradecki I, eds. Peti posvet o kronični koronarni bolezni, Novo Mesto, 17 april 2010. Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini; 2010: 10-3.

Gašparac L. Delo kluba za boj proti zvišanemu krvnemu tlaku. Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije. Dostopno na: <http://www.drmed.org/strok/ssi/ucne-delavnice1999/p4.html> (19. 4. 2012).

Gorin A, Phelan S, Raynor H, Wing R. Home Food and Exercise Environments of Normal-weight and Overweight Adults. Am J Health Behav. 2011; 35(5): 618–26.

Govc Eržen J. Preventiva srčnožilnih bolezni ter sočasne bolezni in stanja, 2005. Dostopno na: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/786-Socasne_bolezni_in_stanja.pdf#page=61 (18. 1. 2012).

Govc Eržen J. 8 let nacionalnega programa primarne preventive srčno žilnih bolezni, 2010a. Dosegljivo na: <http://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/8-let-nacionalnega-programa-primarne-preventive-srcno-zilnih-bolezni/> (15. 4. 2012).

Govc Eržen J. Debelost – bolezen sodobnega časa. In: Klemenc Ketiš Z, Stepanovič A, eds. XII. Fajdigovi dnevi, Kranjska Gora, 22.–23. Oct 2010. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2010b.

He Feng J, Jenner K, MacGregor G. WASH – World Action on Salt and Health. *Kidney Int.* 2010; 78(8): 745–53.

Hilary P, Reilly C, Evans J, Bond P. Driving health promotion into the community: an initiative evaluated. *Br J Nurs.* 2011; 20(14): 862-5.

Hlastan Ribič C, Maučec Zakotnik J, Blaznik U, Šerona A. Sol- javno zdravstveni problem. In: Dolenc P, ed. XX. Strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo, Ljubljana, Dec 2.-3. 2011. Ljubljana: SZD sekcija za arterijsko hipertenzijo; 2011.

Hlastan Ribič C, Vertnik L, Poličnik R, Maučec Zakotnik J. Prekomerno uživanje soli- javno zdravstveni problem. In: Dolenc P, ed. XIX. Strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož, Dec 2.-3. 2010. Ljubljana: SZD Sekcija za arterijsko hipertenzijo; 2010.

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

Hren K, Čirjaković J, Korenič R, Kralj A, Peceli S, Repovž Grabnar I, et al. Sloveniji za 20. rojstni dan. In: Hren K, ed. Ljubljana: Statistični urad RS; 2011.

Hypertension. Nurses have a role to play in public education on hypertension. *Canadian Nurse.* 2007; 103: 10.

Hypertension. Clinical management of primary hypertension in adults. NICE clinical guideline 127- Hypertension; 2011: 4.

Jacobs J. Screening for a common cause of illness and death: alcohol. *Med Health R I*. 2011; 94 (8): 245–46.

Jakovljević B, Stojanov V, Paunović K, Belojević G, Radosavljević V. Unos alkohola, arterijski pritisak i opšti mortalitet – dvadesetgodišja prospektiva studija. *Vojnosanitetski pregled*. 2004; 61(6): 629–35.

Jelenc A, Vrbovšek S. CINDI Slovenija. Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni. Izvedba programirane zdravstvene vzgoje za odrasle v zdravstvenovzgojnih centrih v letu 2009 – program svetovanja za zdravje; 2011.

Kadivec S. Posebnosti učenja bolnikov. In: Šuškovič S, Košnik M, Šorli J, eds. *Astma*. Golnik: Klinika za pljučne bolezni in alergijo; 2000.

Kajenje v RS – statistični podatki 2006–2008. Dostopno na: <http://www.tobak-zveza.si/default.asp?lang=sl&tip=vsebina&str=175> (10. 5. 2012).

Kawano Y, Pontes C, Abe H, Takishita S, Omae T. Effects of alcohol consumption and restriction on home blood pressure in hypertensive patients: serial changes in the morning and evening records. *Clin. and Exper. Hypertension*. 2002; 24 (1–2): 33–9.

Kenneth J, Mukamal MD, MPH, Rimm EB. Alcohol Consumption: Risks and Benefits. *Current Atherosclerosis Reports*. 2008; 10: 536–43.

Kmetec I. Pomen promocije zdravega življenja pri bolnikih s psihozo: [Diplomsko delo]. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Uradni list republike Slovenije 40/2010.

Kopčevar Guček N. Individualni pristop- preventiva bolezni srca in žilja pri ženskah v ambulantni. In: Fras Z, ed. Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja 2010, Ljubljana. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije – Slovenska hiša srca, 2010.

Koselj M. Definicija, diagnoza, klasifikacija in epidemiologija sladkorne bolezni. In: Bohnec M, Klavs J, Tomažin Špornar M, Krašovec A, Žargaj B, eds. Sladkorna bolezen- priročnik. Ljubljana: Samozaložba; 2006.

Kronične nenalezljive bolezni. CINDI Slovenija; maj 2008.

Luznar N. Zdravstvena nega v izvajanju preventive v osnovnem zdravstvenem varstvu. Obzor Zdr N. 2002; 36(4): 219–23.

Lieshout J, Wensing M, Campbell SM, Grol R. Primary care strength linked to prevention programs for cardiovascular disease. Am J Manage Care. 2009; 15(4): 225–62.

Maučec Zakotnik J, Zaletel Kragelj L, Vegnuti M, Fras Z, Djomba JK. Dejavniki tveganja in učinkovitosti procesa. Izsledki raziskav: 1990/1991, 1996/1997, 2002/2003, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009.

Maučec Zakotnik J, Novak Mlakar D, Backovič Juričan A, Hlastan Ribič C, Djomba J K, Vrbovšek S et al.. O programu dejavnosti centra za preprečevanje kroničnih bolezni CINDI in izvedenih aktivnosti po področjih dela v letu 2009. In: Fras Z, ed. Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja 2010, Ljubljana. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije – Slovenska hiša srca; 2010.

Meeto D. Chronic diseases: the silent global epidemic. Br J Nurs. 2008; 17(21): 1320–325.

Miller B. Prikriti morilci. Ljubljana: Tuma; 2009.

Ministrstvo za zdravje. Državni program obvladovanja raka v Sloveniji 2010–2015. Ministrstvo za zdravje; 2008.

Ministrstvo za zdravje RS. Izhodišča zdravstvene reforme za vzdržnost zdravstvenega sistema II. 2010. Dosegljivo na: www.szlj.si/uploads/szlj/news/attachment_188.doc (15. 5. 2012).

Mohammadi E, Abedi HA, Jalali F, Gofranipour F, Kazemnejad A. Evaluation of 'partnership care model' in the control of hypertension. *Int J Nurs Pract.* 2006; 12: 153–59.

Okubo Y, Suwazono Y, Kobayashi E, Nogawa K. Alcohol consumption and blood pressure change: 5-year follow-up study of the association in normotensive workers. *J Hum Hypertens.* 2001; 15 (6): 367–72.

Osteoporosis. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Jan 2011. Dostopno na: http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Bone/Osteoporosis/overview.asp (21. 5. 2011).

Osuala, EO. Health Education: Impications for The Achievement of The Health-related Millennium Development Goals. *West African J Nurs.* 2011; 22(1): 53–60.

Petek D. Sporazumevanje z bolnikom glede tveganja. In: Turk H, Stepanovič A, eds. IX. Fajdigovi dnevi, Kranjska Gora, 26.-27. Oct 2007. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2007.

Petek D. Samozdravljenje v preprečevanju srčno-žilnih bolezni. In: Klemenc Ketiš Z, Tušek Bunc K, eds. Samozdravljenje: učno gradivo za 25. učne delavnice zdravniške in družinske medicine, Ljubljana, Oct 2008. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine. 2008; 6 (suppl 4): 251- 9.

Petek Šter M. Kako zdravimo arterijsko hipertenzijo zdravniki družinske medicine? In: Kersnik J, ed. VI. Fejdigovi dnevi; Ulkusna bolezen, hipertenzija, zaščitni dejavniki zdravil na mikrocirkulacijo, KOPB, astma, možganska kap, Kranjska gora, Oct 8–9. 2004. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2004.

Petek-Šter M. Domače meritve krvnega tlaka kot oblika samozdravljenja pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo. Samozdravljenje: učno gradivo za 25. učne delavnice zdravnike družinske medicine, Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine. 2008; 6 (Supl 4): 265.

Petek Šter M, Bulc M, Accetto R, Petek D, Salobir B, Žontar T. Protokol vodenja arterijske hipertenzije v ambulantni družinske medicine. In: Dolenc P, ed. XX. Strokovni sestanek sekcije za hipertenzijo, Ljubljana, 2.–3. Dec 2011. Ljubljana: SZD sekcija za hipertenzijo; 2011.

Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005 – 2010. Uradni list republike Slovenije 39/2005. Dostopno na: [http://www.uradni-list.si/1/content?id=55488&part=&highlight=resolucija+o+nacionalnem+programu+prehranske+politike+2005-2010#!/Resolucija-o-nacionalnem-programu-prehranske-politike-2005-2010-\(ReNPPP\)](http://www.uradni-list.si/1/content?id=55488&part=&highlight=resolucija+o+nacionalnem+programu+prehranske+politike+2005-2010#!/Resolucija-o-nacionalnem-programu-prehranske-politike-2005-2010-(ReNPPP)) (31. 1. 2013).

Salobir B, Brguljan-Hitij J. Izboljšanje življenjskega sloga pri hipertenziji. V arterijska hipertenzija. 5. Izd. Ljubljana: Lek; 2004.

Škrlić D. Kdaj se začne preventiva? ABC zdravja. 2012; 7 (1): 22–4.

Šolc S. Vloga medicinske sestre pri bolniku, 2012. Dostopno na: http://www.revija-vita.com/index.php?stevilkavita=40&naslovclanek=Vloga_medicinske_sestre_pri_bolniku (19. 10. 2012).

The Role of Nurses in Health Promotion, 2011. Dostopno na: <http://www.academicwritingtips.org/component/k2/item/454-the-role-of-nurses-in-health-promotion.html> (2. 1. 2012).

Turk H. Psihološki, socialni in vedenjski dejavniki, ki vplivajo na debelost. 9. Fajdigovi dnevi. In: Turk H, Stepanović A, eds. Zbornik predavanj, Kranjska Gora, 26.-27. Oct 2007. Zavod za razvoj družinske medicine. 2008; 5 (suppl 3): 164- 67.

Tušek-Bunc K, Kert S. Vloga bolnika pri učinkovitem zdravljenju arterijske hipertenzije. In: Klemenc Ketiš Z, Stepanović A, eds. X. Fajdigovi dnevi. Interna medicina, psihiatrija, ortopedija, preprečevanje bolezni, Kranjska Gora, 24.-25. Oct 2008. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine. 2008; 6 (suppl 3):47- 54.

Ulla Diez SM, Perez Fortis A, Franco SF. Efficacy of a Health-Promotion Intervention for College Students: randomized Controlled Trial. Nurs Res. 2012; 61(2): 121–32.

Zaletel-Kragelj L, Djomba JK, Maučec Zakotnik J, Fras Z. Epidemiologija bolezni srca in žilja ter dejavnikov tveganja zanje pri ženskah v Sloveniji. In: Fras Z, ed. Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja, Ljubljana, 2010. Ljubljana: Redno letno plenarno srečanje. Združenje kardiologov Slovenije – Slovenska hiša src; 2010.

Zhao G, Ford ES, Li C. in Mokdad AH. Weight control behaviors in overweight/obese U.S. adults with diagnosed hypertension and diabetes. Cardiovasc Diabetol. 2009; 6(8): 13.

Zupančič P. Vloga medicinske sestre pri postopkih transfuzije krvi. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Zavod Republike Slovenije za transfuzijo krvi. Evropska šola transfuzijske medicine; 2000.

Zurc J, Torkar T, Bahun M, Ramšak Pajk J. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Weber M,

Romih K et al., eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010.

Žalar A, Pucelj V. Zdravstvenovzgojna dejavnost zdravstvenih organizacij v Sloveniji in vloga medicinskih sester pri izvajanju in beleženju le-te. Obzor Zdr N. 2001; 35 (3–4): 97–104.

Žontar T. Bolezni srca in žilja – izziv današnjega časa. In: Kvas A, Žontar T, eds. Novi trendi v zdravstveni oskrbi srčno-žilnih bolnikov, XXVI. strokovno srečanje, Radenci, 28.-29. Maj 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2010.

Walker J. The role of the nurse in the management of osteoporosis. Br J Nurs. 2010; 28: 19.

Westerby R. An overview of cardiovascular disease risk assessment. Nurs Stand. 2011; 26(13): 48–55.

World Health Organization. Integrated Management of Cardiovascular Risk. Geneva, 2002. Dostopno na: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241562242.pdf> (10. 2. 2012).

World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease. Geneva, 2007. Dostopno na: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/PocketGL. ENGLISH.AFR-D-E.rev1.pdf (3. 1. 2012).

World Health Organization. Global Report. Mortality Attributable to Tobacco, 2012. Dostopno na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf (19. 3. 2012).

World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles, 2011a. Dostopno na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf (3.5. 2012).

World Health Organization. Hypertension fact sheet, Department of Sustainable Development and Healthy Environments, September 2011b. Dostopno na: http://www.searo.who.int/linkfiles/non_communicable_diseases_hypertension-fs.pdf (20. 4. 2012).

6 PRILOGE

- Anketni vprašalnik

ANKETNI VPRAŠALNIK

Sem Alisa Lika, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego na Jesenicah, in pripravljam diplomsko nalogo z naslovom **Zdravstvena vzgoja pacienta s hipertenzijo na primarni ravni**. Diplomsko delo pripravljam pod mentorstvom doc. dr. Brigitte Skela Savič in somentorice asist. Mateje Bahun. Anketa je anonimna, sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, podatki, pridobljeni s pomočjo anketnega vprašalnika, bodo uporabljeni izključno za namen priprave diplomskega dela.

Na vprašanja odgovarjajte tako, da obkrožite črko pred ustreznim odgovorom ali pa podatek dopišite na črto.

1. Spol: a) moški b) ženski

2. Starost:

- a) 18–31 let.
- b) 31–40 let.
- c) 41–50 let.
- d) 51–60 let.
- e) 61–70 let.
- f) 71 in več let.

3. Izobrazba:

- a) Osnovnošolska.
- b) Srednješolska.
- c) Višje/visokošolska.
- d) Univerzitetna ali več.

4. Ali ste dobro seznanjeni z vašo arterijsko hipertenzijo (visok krvni tlak) in vzroki za njen nastanek?

- a) Bolezen in vzroke za nastanek bolezni zelo dobro poznam.
- b) Bolezen in vzroke za nastanek bolezni poznam.
- c) O bolezni in vzrokih za njen nastanek vem premalo.
- d) Bolezni in vzrokov za njen nastanek ne poznam.

5. Kako pogosto preverite krvni tlak?

- a) Večkrat dnevno.
- b) 1-krat dnevno.
- c) 1–2 tedensko.
- d) 1–2 mesečno.
- e) 1–2 letno.
- f) Nikoli.

6. Katera vrednost za vas pomeni visok krvni tlak?

- a) <120/<80 mm Hg.
- b) 120/80 do 129/84 mm Hg.
- c) 130/85 do 139/89 mm Hg.
- d) 140/90 do 159/99 mm Hg.

7. Ali ste spremenili življenjski slog, odkar ste zboleli za arterijsko hipertenzijo?

- b) Ne.
- a) Da, kako_____.

8. Ali hodite na kontrolne preglede pri izbranem zdravniku v splošni ambulanti?

- a) Redno.
- b) Občasno.
- c) Nikoli.

9. Kje ste dobili informacije o dejavnikih tveganja in o zdravem življenjskem slogu?

- a) Od izbranega zdravnika.
- b) Od medicinske sestre.
- c) Iz medijev (TV, radio, internet).
- d) Od sorodnikov, prijateljev, znancev.
- e) Na delavnicah CINDI.

10. Ali menite, da so kronične nenalezljive bolezni ozdravljive?

- a) Da.
- b) Ne.

11. Kateri dejavniki po vašem mnenju vplivajo na nastanek arterijske hipertenzije (obkrožite lahko več odgovorov)?

- a) Telesna neaktivnost.
- b) Nepravilna prehrana.
- c) Prekomerna telesna teža.
- d) Dednost.
- e) Kajenje.
- f) Prekomerno pitje alkohola.
- g) Vse naštet.
- e) Drugo:_____.

12. Ali kadite?

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Občasno.

13. Kako pogosto uživate alkoholne pijače?

- a) Nikoli.
- b) Redko.
- c) Včasih.
- d) Pogosto.
- e) Zelo pogosto.

14. Ali imate navado hrano dosoljevati, ko je že pripravljena?

- a) Hrano dodatno solim, še preden jo poskusim.
- b) Hrano dodatno solim, ko se mi zdi neslana.
- c) Redko dodatno solim.
- d) Nikoli ne solim dodatno.

15. Ali ste bili v splošni ambulanti povabljeni na preventivni pregled glede ogroženosti za srčno-žilne bolezni?

- a) Da.
- b) Ne.

16. Ali ste bili seznanjeni z ugotovitvami tega pregleda?

- a) Da.
- b) Ne.

17. Ali medicinske sestre na delavnicah CINDI po vašem mnenju podajo dovolj informacij o nevarnosti visoka krvnega tlaka?

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Ne vem.

18. Ali menite, da nezdrav življenjski slog vpliva na nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni?

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Ne vem.

19. Kaj menite o pomenu telesne aktivnosti?

- a) Zelo je pomembna za ohranjanje in krepitev zdravja.
- b) Ima majhen pomen za ohranjanje in krepitev zdravja.
- c) Nima pomena za ohranjanje in krepitev zdravja.

20. Kolikokrat na teden ste telesno aktivni vsaj 30 minut – sprehodi, kolesarjenje, tek?

- a) Sem redno telesno aktiven/-na (3–4-krat na teden).
- b) Sem občasno telesno aktiven/-na.
- c) Sploh nisem telesno aktiven/-na.

21. Ali poznate programe, ki jih izvaja CINDI v vašem kraju?

- a) Da. b) Samo nekatere. c) Ne.

22. Katere programe v okviru CINDI ste že obiskovali (obkrožite lahko več odgovorov)?

- a) Zdrav življenjski slog.
b) Preizkus hoje.
c) Dejavniki tveganja.
d) Zdrava prehrana.
e) Telesna dejavnost – gibanje.
f) Zdravo hujšanje.
g) Da, opuščam kajenje.
h) Individualno svetovanje tveganim pivcem alkohola.

23. Ali menite, da ima medicinska sestra na delavnici CINDI pomembno vlogo pri osveščanju ljudi o arterijski hipertenziji?

- a) Da.
b) Ne.
c) Nimam mnenja.

24. Ali ste bili zadovoljni z vsebino programa?

- a) Zelo zadovoljen/-na.
b) Zadovoljen/-na.
c) Nisem bil/-a zadovoljen/-na.

Za sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.