



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice

College  
of Nursing  
Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**MOTIVACIJSKI DEJAVNIKI  
VKLJUČEVANJA V DALJŠE DELAVNICE  
PROGRAMOV SVETOVANJA ZA ZDRAVJE**

**MOTIVATIONAL FACTORS FOR  
PARTICIPATIONS IN LONG-TERM  
WORKSHOPS UNDER THE NATIONAL  
PROGRAM HEALTHY LIVING  
COUNSELLING**

Mentorica: Erika Povšnar, pred.

Kandidatka: Tina Smolej

Jesenice, september, 2013

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici ga. Eriki Povšnar, pred. za vso strokovno pomoč, svetovanje in potrpežljivost ter spodbudo pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi vodstvu in izvajalcem CINDI programa Zdravstvenega doma Kranj, Škofja Loka in Ljubljana za pomoč pri izvajanju raziskave. Najlepša hvala tudi vsem udeležencem kratkih CINDI delavnic, ki so si vzeli čas in izpolnili anketni vprašalnik.

Zahvaljujem se tudi izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič in izr. prof. dr. Cirili Hlastan Ribič za recenzijo diplomskega dela.

Posebna zahvala ob koncu mojega študija gre članom moje družine, ki so me spodbujali in mi potrpežljivo stali ob strani ter verjeli vame.

Najlepša hvala tudi vsem kolegicam in kolegom, ki so mi stali ob strani, me spodbujali in mi pomagali na moji študijski poti.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Na dejavnike tveganja za nastanek in razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni posameznik lahko vpliva z življenjskim slogom. Pri spreminjanju nezdravega življenjskega sloga so ljudem v pomoč delavnice CINDI.

**Cilji:** Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti pripravljenost in motivacijske dejavnike v kratkih CINDI delavnicah, ki pripomorejo k odločitvi posameznikov za vključitev v daljše CINDI delavnice, ter ugotoviti motivacijsko vlogo medicinske sestre.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na neeksperimentalni deskriptivni metodi empiričnega kvantitativnega raziskovanja. Uporabili smo metodo anketiranja v obliki strukturiranega pisnega vprašalnika. Nenaključni namenski vzorec je zajemal 90 udeležencev kratkih CINDI delavnic, in sicer: v ZD Kranj 40, v ZD Škofja Loka 20 in v ZD Ljubljana – Moste 30 udeležencev. Realizacija vzorca je bila 91 %. Podatke smo analizirali s pomočjo statističnega programa SPSS 19.00.

**Rezultati:** 83,70 % udeležencem predstavljajo motivacijo za vključitev v daljše CINDI delavnice prisotni dejavniki tveganja. Mnenje udeležencev o prisotnosti dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni in odločitev za vključitev v daljše CINDI delavnice sta odvisni ( $\chi^2 = 12,530$ ;  $p = 0,001$ ). Vloga medicinske sestre, kot motivatorke pri vključevanju udeležencev v daljše CINDI delavnice je statistično pomembna ( $\chi^2 = 12,703$ ;  $p = 0,001$ ). Kratke CINDI delavnice vplivajo na povečanje znanja udeležencev o dejavnikih tveganja in zdravem življenjskem slogu ( $t = 11,971$ ;  $p = 0,001$ ), ne vplivajo pa na odločitev udeležencev o vključitvi v nadaljevalne delavnice.

**Razprava:** Primerjava rezultatov s podobnimi raziskavami kaže, da so pri vključitvi posameznikov v daljše CINDI delavnici pomembnejši motivacijski dejavniki, ki izhajajo iz posameznikov samih. Medicinske sestre imajo na področju motivacije še veliko neizkoriščenih možnosti. Pri promocijskih in zdravstveno vzgojnih programih, ki promovirajo zdrav življenjski slog, bo treba v prihodnosti raziskati in preučiti pristope, metode ter orodja, kako motivirati in vključiti več posameznikov.

**Ključne besede:** motivacija, delavnice CINDI, dejavniki tveganja, kronične nenalezljive bolezni, življenjski slog, medicinska sestra.

## SUMMARY

**Theoretical background:** The risk factors in the emergence and development of chronic non-communicable diseases of an individual may be influenced by his or her lifestyle. The workshops CINDI assist the people when changing their unhealthy lifestyle.

**Objectives:** The objective of diploma thesis is to determine readiness and motivational factors in short-term workshops CINDI which contribute to the decision of an individual to participate in long-term workshops CINDI, and to determine the motivational role of professional nurse.

**Methodology:** The research was based on non-experimental descriptive method used in empirical-quantitative research. The structured interview was used as our survey method. A purposive sample consisted of 90 participants in short-term workshops CINDI, namely 40 participants in Health Centre Kranj, 20 participants in Health Centre Škofja Loka 20, and 30 participants in Health Centre Ljubljana – Moste. The sample realization was 91%. Data were analysed using the analytic software SPSS 19.00.

**Results:** 83,70% of participants are being motivated to participate in long-term workshops CINDI due to the existent risk factors. The interviewees' opinion on the presence of risk factors for non-communicable diseases and the decision to participate in long-term workshops CINDI are conditional ( $\chi^2 = 12,530$ ;  $p = 0,001$ ). The role of professional nurse as motivator that integrates the participants in long-term workshops CINDI is statistically relevant ( $\chi^2 = 12,703$ ;  $p = 0,001$ ). The short-term workshops CINDI have an impact on deepening the knowledge of participants on risk factors and healthy lifestyle ( $t = 11,971$ ;  $p = 0,001$ ), however they do not influence the participants' decision to participate in the follow-up workshops.

**Conclusion:** Results compared with the similar researches show that the motivational factors which considerably determine whether an individual will participate in long-term workshops CINDI arise from the individuals themselves. Thus, the professional nurses have still plenty of untapped potential in the field of motivation. Within the promotion programmes and in health education programmes that promote healthy lifestyles, the approaches, methods and tools how to motivate and how to get more individuals involved, need to be analyzed and examined in the future.

**Keywords:** motivation, workshops CINDI, risk factors, cronic non-communicable diseases, lifestyle, professional nurse.

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>2</b>
2.1	PREVENTIVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO ODRASLIH V LUČI PREVENTIVE BOLEZNI SRCA IN OŽILJA .....	2
2.1.1	Dejavniki nezdravega življenjskega sloga in dejavniki tveganja za bolezni srca in ožilja.....	2
2.1.2	Preventiva bolezn srca in ožilja .....	6
2.1.3	Programi svetovanja za zdravje - kratke in dolge CINDI delavnice .....	8
2.2	MOTIVACIJA IN ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG .....	10
2.2.1	Motivacija za spremembo življenjskega sloga .....	11
2.2.2	Proces spreminjanja vedenja.....	13
2.2.3	Pomen partnerskega odnosa medicinska sestra – pacient.....	15
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>17</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	17
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	18
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	19
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	19
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	19
3.3.3	Opis vzorca .....	20
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	22
3.4	REZULTATI.....	22
3.4.1	Vključitev udeležencev v kratke CINDI delavnice .....	23
3.4.2	Motivacijski dejavniki vključevanja v nadaljevalne delavnice in vloga medicinske sestre.....	28
3.4.3	Testa znanja pred in po zaključenih kratkih CINDI delavnicah .....	34
3.5	RAZPRAVA .....	37
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b> .....	<b>50</b>
6.1	ANKETNI VPRAŠALNIK.....	51

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost merskega instrumenta .....	20
Tabela 2: Spol udeležencev .....	20
Tabela 3: Starostna struktura udeležencev .....	21
Tabela 4: Izobrazbena struktura udeležencev .....	21
Tabela 5: Predlagatelj napotitve v kratke delavnice .....	23
Tabela 6: Osebe, ki so vplivale na odločitev udeležencev za vključitev v kratke delavnice .....	23
Tabela 7: Poznavanje programa CINDI .....	24
Tabela 8: Seznanjenost udeležencev z delavnicami v katere so napoteni .....	24
Tabela 9: Viri informacij o delavnici v katero so bili udeleženci napoteni .....	24
Tabela 10: Odločitev udeležencev za vključitev v daljše delavnice pred začetkom kratkih delavnic .....	25
Tabela 11: Mnenje udeležencev o prisotnih dejavnikih tveganja in nezdravega življenjskega sloga za kronične nenalezljive bolezni (KNB) in bolezni srca in ožilja (BSŽ) .....	25
Tabela 12: Dejavniki tveganja in nezdravega življenjskega sloga, ki jih navajajo udeleženci .....	26
Tabela 13: Prisotnost dejavnikov tveganja in nezdravega življenjskega sloga ter odločitev udeležencev za vključitev v daljše delavnice ob začetku kratkih delavnic .....	26
Tabela 14: Prisotnost dejavnikov tveganja in nezdravega življenjskega sloga ter odločitev udeležencev za vključitev v daljše delavnice ob zaključku kratkih delavnic .....	27
Tabela 15: Spremembe odločitev udeležencev za vključitev v daljše delavnice pred in po zaključku kratkih delavnic .....	28
Tabela 16: Cilji udeležencev pred in ob zaključku kratkih delavnic .....	28
Tabela 17: Pomembnost, prepričanost in pripravljenost udeležencev za doseganje načrtovanih sprememb (ciljev) pred in ob zaključku kratkih delavnic .....	29
Tabela 18: Trditve udeležencev, ki so povezane z njihovo vključitvijo v daljše delavnice .....	30
Tabela 19: Vpliv spola, starosti in izobrazbe na šest najvišje ocenjenih trditve, povezanih z vključitvijo v daljše delavnice .....	31

Tabela 20: Motivacija udeležencev za vključitev v daljše delavnice s strani medicinske sestre (MS).....	33
Tabela 21: Zadovoljstvo udeležencev kratkih delavnic z vsebino predavanja, izvajalko predavanja in prostorom izvajanja.....	34
Tabela 22: Primerjava rezultatov kratkega testa znanja pred začetkom in po zaključku CINDI delavnic .....	35
Tabela 23: Vpliv splošne informiranost in znanja na odločitev udeležencev za vključitev v daljše delavnice pred začetkom in po končanih kratkih delavnicah.....	36



## 1 UVOD

Zdravje je nedvoumno najpomembnejša vrednota vseh starostnih skupin (Skela Savič, 2009). Za krepitev, varovanje in ohranjanje zdravja v svetovnem merilu skrbi Svetovna zdravstvena organizacija - World Health Organization (SZO/WHO), ki je ena od specializiranih agencij Organizacije združenih narodov. SZO definira zdravje kot stanje popolnega telesnega, psihološkega in socialnega blagostanja (World Health Organization; regional Office for Europe, 2004). Določene ima glavne naloge delovanja, ki se nanašajo predvsem na krepitev zdravja, obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni, zagotavljanje varne in zdrave hrane in okoljske vplive na zdravje. Kronične nenalezljive bolezni (KNB), med katere prištevamo bolezni srca in ožilja (BSŽ), sladkorno bolezen tipa 2, raka ter bolezni dihal in prebavil predstavljajo glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti tako v Sloveniji kot v svetu (WHO Regional Office for Europe, 2012). Vse naloge in aktivnosti SZO so usmerjene k osnovnemu cilju njene Ustanovne listine, po katerem naj bi vsi ljudje, ne glede na raso, veroizpoved, izobrazbo in socio-ekonomski položaj, dosegali najvišjo možno stopnjo zdravja (Farkaš Lainščak, 2009).

Tako kot drugje po svetu, smo tudi v Sloveniji razvili CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention) programe oziroma Programe svetovanja za zdravje, ki so v okviru nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni pomemben del ukrepanja za izboljšanje zdravja. CINDI programi se imenujejo tudi Programi preprečevanja pojavljanja kroničnih nenalezljivih bolezni. Z njimi želimo izboljšati ali spremeniti življenjski slog in zdravje posameznikov, hkrati pa zmanjšati dejavnike tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni (Fras, Maučec Zakotnik, 2009).

Pomembno je, da se ljudje pravočasno, pravilno in popolno zavedo škodljivosti, ki ogrožajo njihovo zdravje in okolje. Da so motivirani do stopnje, ko si prizadevajo ohraniti lastno zdravje in zdravo življenjsko okolje, ter dejavno sledijo sodobnim preventivnim ukrepom in imajo razvite telesne in duševne sposobnosti za doživljanje vrednote zdravja, kar pomeni, da smo osebno odgovorni za ohranjanje in izboljšanje svojega lastnega zdravja ter zdravja v okolju in družbi (Hoyer, 2005).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 PREVENTIVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO ODRASLIH V LUČI PREVENTIVE BOLEZNI SRCA IN OŽILJA

#### 2.1.1 Dejavniki nezdravega življenjskega sloga in dejavniki tveganja za bolezni srca in ožilja

Družbeni dejavniki zdravja – urbanizem, globalizacija, izobrazba in staranje prebivalstva skupaj z nezdravim prehranjevanjem, stresom, neaktivnostjo, kajenjem in pitjem alkohola so krivci za nastanek dejavnikov tveganja: zvišan krvni tlak, debelost, zvišan holesterol in sladkor v krvi (Samuels, Fraser, 2010). Podobno ugotavljajo tudi na Inštitutu za varovanje zdravja RS: da nezdrav življenjski slog: nezdrava prehrana, premalo gibanja, kajenje, tvegano pitje alkohola in stres pomembno pospešujejo pojav bioloških dejavnikov tveganja, tako zvišanega krvnega tlaka, zvišane ravni holesterola in sladkorja v krvi ter čezmerne telesne mase in debelosti, kot tudi drugih kroničnih nenalezljivih bolezni (Inštitut za varovanje zdravja RS, 2010).

V rezultatih raziskave (Hlastan Ribič et al., 2012) »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije«, ki so jo izvedli v okviru programa CINDI Slovenija v letih 2001, 2004 in 2008, ugotavljajo upad prevalence arterijske hipertenzije, bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni ter porast prevalence debelosti pri odraslih prebivalcih Slovenije. Raziskava kaže na nezdrave prehranjevalne navade prebivalcev Slovenije. Število dnevniških obrokov in ritem prehranjevanja povprečnega prebivalca nista ustrezna. Zaužijemo preveč zdravju škodljivih maščob, preveč soli in sladkorja v različnih oblikah. V prehrani je bistveno premalo sadja, predvsem pa zelenjave. V rezultatih raziskave pa ugotavljajo tudi izboljšanje prehranjevalnih navad pri anketirancih s pristno kronično nenalezljivo boleznijo in ostalimi boleznimi, kar kaže na veliko dovzetnost zbolelih, za spremembo življenjskih in vedenjskih vzorcev oziroma na uspešno izvedene intervencijske in promocijske pristope (ibid.).

Arterijska hipertenzija ali zvišan krvni tlak je glavni dejavnik za nastanek bolezni srca in ožilja in je največkrat posledica procesov staranja ali slabega življenjskega sloga. Ob tem je treba vedeti, da učinkovanje arterijske hipertenzije kot dejavnika tveganja ni enako v vseh skupinah prebivalstva, in tudi to, da sočasna prisotnost določenih bolezenskih stanj in drugih dejavnikov tveganja pomembno spremeni profil ogroženosti posameznika z arterijsko hipertenzijo. Gre za enega izmed dejavnikov, ki povečujejo ogroženost posameznika, da bo utrpel katerega izmed zapletov napredovalnih bolezni srca in ožilja, in ga je potrebno predvsem na ravni posameznika klinično obravnavati v sklopu holističnega, na več dejavnikov tveganja usmerjenega programa zmanjševanja ogroženosti (Borovničar, Brguljan, Hitij, 2012).

Beevers (2005) pravi, da so bile zgodnje raziskave o povezavi med vnosom živalskih maščob (v glavnem v obliki mlečnih izdelkov) in visokim krvnim tlakom neprepričljive. Zelo zanesljiva raziskava, ki so jo izvedli v Ameriki je pokazala, da zmanjšanje vnosa živalskih maščob bistveno vpliva na znižanje krvnega tlaka in srčno – žilnih bolezni. Ta raziskava je dokazala, da se krvni tlak zniža še bolj, če skupaj z nizko - maščobno hrano uživamo hrano, ki vsebuje malo soli ter veliko sadja in zelenjave (ibid.). Znanstveni poskusi so pokazali, da kronična obremenitev telesa s soljo pod določenimi pogoji povzroči nastanek visokega krvnega tlaka. Zanimivo je, da so pri preiskovanju bolnikov z zvišanim krvnim tlakom ugotovili izrazito povečano željo po soli (Faulhaber, 2006).

Socialno-ekonomske neenakosti v zdravju so tiste razlike v zdravstvenih stanjih med družbenimi skupinami z različnim socialno-ekonomskim statusom, ki jih lahko preprečimo in so nepravilne. Za učinkovito zmanjševanje teh neenakosti v zdravju je nujno potrebno, da jih v celoti poznamo, predvsem, kakšne so in kaj jih povzroča. Razlike v vrednostih krvnega tlaka se najverjetneje začnejo že zgodaj v mladosti in so splet genetskih, bioloških, socialnih in okoljskih interakcij. Številne študije so tudi pokazale povezavo med pojavom arterijske hipertenzije in kazalniki socialno-ekonomskega položaja. Ugotavljajo, da je več hipertenzije v nižjih socialno-ekonomskih slojih (ibid.).

Raziskovalci ugotavljajo, da spremembe v smislu bolj zdravega življenjskega sloga pripomorejo k zagotavljanju zdravja posameznikov z visokim krvnim tlakom (Division Chair of Nursing and Allied Health in Alabama Southern Community College, 2011).

S pojavnostjo bolezni srca in ožilja je tesno povezana tudi čezmerna telesna masa in debelost. V zadnjih desetletjih prevalenca čezmerne telesne mase ne narašča le v razvitih državah, temveč tudi v nerazvitih, in je posledica medsebojnega delovanja vplivov iz okolja in posameznikovih genetskih lastnosti (Salobir, 2004). Debelost je tudi v Sloveniji postala velik javnozdravstveni problem, ki zmanjšuje dolžino in kakovost življenja s pojavom različnih obolenj. Z analizo raziskav »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2001 – 2004 – 2008« (Hlastan Ribič et al., 2012) so ugotovili, da narašča debelost med odraslimi prebivalci Slovenije. Porast je viden predvsem pri moških. Je vzrok za nastanek različnih kroničnih nenalezljivih bolezni. Povezana je s povečanim tveganjem za nastanek sladkorne bolezni tipa 2, različnih vrst raka, z nastankom arterijske hipertenzije ter boleznimi srca in ožilja (ibid.).

Glavni vzrok debelosti in čezmerne hranjenosti, ki povzročata nastanek bolezni srca in ožilja ter drugih kroničnih nenalezljivih bolezni je neravnovesje med energijskim vnosom in porabo. Povečuje se vnos energijsko goste hrane, ki je bogata z maščobami, s soljo, sladkorji ter osiromašena z vitamini, minerali in drugimi mikrohranili (ibid.).

Razvoj čezmerne hranjenosti in debelosti je povezan z nezdravim življenjskim slogom in navadami ter dostopnostjo hrane v okolju. Največ nezdravega prehranjevanja in življenjskega sloga je med revnimi in slabše izobraženimi ljudmi. Na stanje hranjenosti vpliva tudi bivalno okolje. Z analizo že omenjene raziskave »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2001 – 2004 – 2008« (Hlastan Ribič et al., 2012) so ugotovili, da je delež čezmerno hranjenih višji pri anketirancih z osnovno in poklicno izobrazbo ter z nižjimi finančnimi prihodki. Delež čezmerno hranjenih in debelih je najvišji v vzhodnem in osrednjem delu Slovenije. Na stanje hranjenosti vpliva tudi bivalno okolje. V vaškem okolju pa je delež čezmerno hranjenih in debelih ljudi največji. V mestnem okolju je bil delež čezmerno hranjenih nižji, vendar se je z leti povečal in je skoraj enak kot v primestnem okolju (ibid.).

Zaradi sedeče narave dela, spremenjenih oblik transporta in večje urbanizacije pa se je zmanjšala tudi telesna dejavnost populacije, kar še dodatno pripomore k debelosti in drugim kroničnim obolenjem (Hlastan Ribič et al., 2012).

Grace z avtorji (2007) ugotavlja, da telesna dejavnost predstavlja sestavni del spodbujanja zdravja, preprečevanje nastopa in napredovanja kroničnih nenalezljivih bolezni. Kljub negativnim posledicam, ki so povezane z nedejavnostjo, ima veliko ljudi s srčno-žilnimi boleznimi in diabetesom še vedno sedeči slog življenja. Rezultati raziskave, ki jo je izvedel Korkiakangas s sodelavci (2011) kažejo pomemben vpliv telesne dejavnosti na podaljšanje življenjske dobe, kakovost življenja in funkcionalno neodvisnost posameznikov s povečanim tveganjem za nastanek bolezni srca in ožilja ter diabetesom. Fizična aktivnost je najpomembnejši del promocije in preventive, saj je pomembna komponenta začetka in napredovanja bolezni srca in ožilja ter sladkorne bolezni tipa 2. Redna vsakodnevna vadba pozitivno vpliva na krvni pritisk in holesterol ter izboljša toleranco na glukozo in občutljivost na inzulin (Korkiakangas, Taanila, Keinanen – Kiukaanniemi, 2011).

Na povezavo med uživanjem alkoholnih pijač, kajenjem in kroničnimi nenalezljivimi boleznimi opozarja Dolenc (2004). Ugotavlja, da uživanje alkoholnih pijač, kave in nikotina utegne biti vzrok za zvišan krvni tlak pri kar 30 % moških in le 1 % žensk. Akutni učinki nikotina in kajenja cigaret so znani, vendar v epidemioloških raziskavah s konvencionalnimi meritvami krvnega tlaka ni bilo možno povezati kroničnega kajenja z zvišanim krvnim tlakom (ibid.).

Za nastanek bolezni srca in ožilja je velikokrat krivec duševni in psihični stres. Od vrste in moči stresnih dejavnikov ter od načina odzivanja telesa na katerega stres učinkuje, pa je odvisno, kakšne odzive bo sprožil (Faulhaber, 2006).

Ljudje v bolj razvitih državah so bolj izpostavljeni dejavnikom tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja ter drugim kroničnim nenalezljivim boleznim. Tako življenjski slog, kot tudi psihosocialni stres v razvitih družbah je drugačen od tistih v drugih delih sveta in lahko v večji meri pripomore k nastanku bolezni. Na sam življenjski slog v

veliki meri vpliva tudi ozaveščenost in seznanjenost prebivalcev z dejavniki tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja (Žalar, 2009).

### 2.1.2 Preventiva bolezni srca in ožilja

Bolezni srca in ožilja so v razvitih deželah Evrope in ZDA že desetletja najpogostejši vzrok obolevnosti in umrljivosti. Vsako leto pred starostjo 75 let zaradi bolezni srca in ožilja umre v Evropi skoraj 1,5 milijona ljudi. 38 odstotkov smrti pred 75. letom predstavljajo ženske in 37 odstotkov moški. Bolezni srca in ožilja so glavni vzrok smrti pri ženskah v vseh evropskih državah, za katere imamo podatke o umrljivosti, in glavni vzrok smrti pri moških v vseh evropskih državah razen v Franciji, Izraelu, Nizozemski, San Marinu, Španiji in Sloveniji (European Cardiovascular Disease Statistic, 2012). Umrljivost zaradi bolezni obtočil se je v zadnjih treh desetletjih v vseh bolj razvitih državah sveta postopoma zmanjšala, vendar pa predstavljajo bolezni srca in ožilja tudi v Sloveniji še vedno okoli 38 odstotkov vseh vzrokov smrti. Med specifičnimi vzroki umrljivosti je najpogostejša ishemična bolezen srca, ki tako kljub splošnemu napredku medicinske stroke, sodobnih tehnologij in učinkovitih intervencijskih načinov zdravljenja predstavlja v našem prostoru še vedno enega izmed vodilnih vzrokov za obolevanje, invalidnost in umiranje prebivalstva (Fras et al., 2012).

Med oceno tveganja za nastanek srčno žilnih bolezni ne sodi le preprečevanje srčnega infarkta, temveč tudi srčni napad, možganska kap, kronična bolezen ledvic in sladkorna bolezen (Westerby, 2011). Statistike kažejo, da so v Sloveniji najbolj razširjena naslednja obolenja: zvišan krvni tlak, srčni infarkt, angina pectoris, srčno popuščanje in možganska kap (ibid.). Pregled umrljivosti zaradi teh bolezni po različnih slovenskih regijah kaže, da jih je pomembno več v jugovzhodnem delu Slovenije (Fras et al., 2012). Podobno tudi Koren in Stanek (2009) navajata, da je opaziti izrazito razliko med posameznimi regijami za vse najbolj razširjene kronične bolezni, ki pomembno prizadenejo zdravje prebivalcev.

Specifične cilje zdravstvene politike na področju preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni, med katerim lahko izpostavimo preprečevanje bolezni srca in ožilja, lahko v grobem strnemo v tri področja:

- Preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja in druge kronične nenalezljive bolezni oziroma izboljšanje stopnje ogroženosti v splošni populaciji;
- Zgodnje odkrivanje in učinkovito zdravljenje akutnih oblik bolezni srca in ožilja;
- Preprečevanje ponavljanja srčno-žilnih dogodkov, kar pomeni zagotavljanje najboljše možne kakovosti življenja in dolgotrajnega preživetja osebam, ki so preživele akutno obliko bolezni srca in ožilja in drugih kroničnih nenalezljivih bolezni (Fras, Maučec Zakotnik, 2009).

Raziskave kažejo, da bi 80 odstotkov kroničnih nenalezljivih bolezni, predvsem bolezni srca in ožilja, lahko preprečili s pomočjo primarne preventive - skozi spreminjanje vedenja kot je npr. zmanjšanje porabe maščob, uživanje soli, preprečevanja debelosti in spodbujanja telesne dejavnosti, zmanjševanje porabe tobaka in alkohola, izboljšanje okoljskih razmer kot so kakovost zraka in urbanizem (Kumanan, Rudiger, 2011). Kapš in avtorji (2009) navajajo, da sekundarna preventiva srčnega bolnika vključuje spremembo življenjskega sloga. Potrebno je preprečiti poslabšanje bolezni, zdraviti in zaustaviti proces bolezni ter omejiti in preprečiti podaljšanje nezmožnosti za delo. Terciarna preventiva pri srčno žilnih bolnikih se imenuje rehabilitacija, s katero se omogoča čimprejšnja vrnitev bolnika v normalno življenje po preboleli bolezni ali poslabšanju bolezni (ibid.).

Kot odziv na naraščajoče in težko obvladljivo breme kroničnih bolezni in dejavnikov tveganja zanj, in nezdravega življenjskega sloga je v evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) leta 1984 nastal celosten (integriran) program ukrepov za preprečevanje in obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni SZO, imenovan CINDI. Ukrepanje je usmerjeno v preprečevanje vseh znanih dejavnikov tveganja. Celosten pristop pa združuje različne izvedbene strategije (Maučec Zakotnik, Vrbovšek, Fras, 2012).

Celostnega pristopa v obravnavi kroničnih nenalezljivih bolezni v Sloveniji do nedavnega ni bilo razvitega. Zametki in primer dobre prakse celostne obravnave kroničnih nenalezljivih bolezni pa obstaja od leta 2002 v osnovni zdravstveni dejavnosti okviru Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni. Poteka pod okriljem Ministrstva za zdravje, nacionalno vodenje in koordinacijo pa izvaja Inštitut za varovanje zdravja (CINDI Slovenija). Program omogoča vsem odraslim prebivalcem Slovenije od 35. do 70. leta preventivne preglede, zgodnje odkrivanje ogroženosti za srčno žilnimi boleznimi ter ustrezno obravnavo za zmanjšanje ogroženosti, vključno s svetovanjem in podporo za spremembo nezdravega življenjskega sloga (Maučec Zakotnik et al., 2012).

Opustitev slabih razvad in živeti zdrav življenjski slog je edini način, da ohranimo ali izboljšamo zdravje, ko nas že ogrožajo dejavniki tveganja. Pomoč pri spreminjanju nezdravega življenjskega sloga posameznik dobi v programih CINDI, ki se brezplačno izvajajo v zdravstvenih domovih po vsej Sloveniji (Inštitut za varovanje zdravja RS, 2010).

### 2.1.3 Programi svetovanja za zdravje - kratke in dolge CINDI delavnice

Kljub temu da se umrljivost zaradi bolezni obtočil v zadnjih desetletjih postopoma zmanjšuje v vseh bolj razvitih državah sveta, še vedno predstavlja zelo velik odstotek vzrokov smrti (Vovk, 2011). Zato smo v obdobju po letu 2001 v Sloveniji zelo uspešno ustvarili celovit program primarne preventive bolezni srca in ožilja. Program zahteva sistematično in usklajeno ukrepanje vseh partnerjev, ki delujejo v varovanju, zagotavljanju in krepitvi zdravja našega prebivalstva. Gre za program ukrepanja pri osebah, ki še niso zbolele, vendar pa imajo več dejavnikov tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja (Fras, Maučec Zakotnik, 2009).

V Sloveniji CINDI program uporablja dva strateška pristopa v preventivi, ki sta dostopna vsem prebivalcem v državi, in prav ta univerzalna dostopnost celotnemu



prebivalstvu v določenih starostnih skupinah je edinstvena v primerjavi z drugimi programi v državi (Fras, Maučec Zakotnik, 2009). Prvi pristop se imenuje populacijski pristop, s katerim želimo spodbuditi prebivalce k bolj zdravemu načinu življenja in ustvarjanja zdravega skupnega okolja. Drugi pristop je osredotočen k posamezniku z že visokim tveganjem, pri čemer želimo s preventivnimi ukrepi vplivati na neugodne fiziološke dejavnike in s tem zmanjšati njihovo tveganje (ibid.).

Programi svetovanja za zdravje ali CINDI delavnice se imenujejo programi preprečevanje pojavljanja kroničnih nenalezljivih bolezni. Z njimi želimo izboljšati oziroma spremeniti življenjski slog in zdravje posameznikov, hkrati pa tudi zmanjšati dejavnike tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni (ibid.).

Izvajanje zdravstveno vzgojnih delavnic CINDI kot programirane zdravstvene vzgoje za odrasle temelji na usmerjanju, prepričevanju, spodbujanju in motiviranju posameznikove dejavnosti v procesu ohranjanja zdravja, zmanjševanju neželenih dejavnikov tveganja, ki vplivajo na nastanek in razvoj kroničnih bolezni (Vovk, 2011).

CINDI delavnice so sestavljene iz začetnega dela programa, ki ga predstavljajo kratke delavnice, (Življenjski slog, Test hoje na 2 km in Dejavniki tveganja) ter nadaljevalnega dela programa, ki zajema daljše delavnice (Zdrava prehrana, Zdravo hujšanje, Telesna dejavnost - gibanje, »Da, opuščam kajenje«,) (Povšnar, 2008).

Kratke CINDI delavnice so namenjene 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 nenalezljivih kroničnih bolezni (Jelenc, Vrbovšek, 2011). Po obravnavi v kratkih CINDI delavnicah so posamezniki glede na ogroženost za razvoj srčno-žilnih bolezni in drugih nenalezljivih kroničnih bolezni in prisotne dejavnike tveganja napoteni v nadaljevalne delavnice (ibid.).

CINDI delavnice potekajo v zdravstveno-vzgojnih centrih, ki so organizirani v zdravstvenih domovih (Fras, Maučec Zakotnik, 2009). Osnovno poslanstvo zdravstveno-vzgojnih centrov je nenehno dviganje znanja in spretnosti ter razvijanje ustreznih življenjskih slogov in okolij za zmanjševanje ogroženosti, obolevnosti, invalidnosti in umrljivosti zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni (srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen,...) ter kontinuirana promocija zdravja v okolju, kjer delujejo. Delavnice vodijo in izvajajo za to usposobljeni strokovnjaki: profesorice zdravstvene vzgoje, diplomirane medicinske sestre, fizioterapevti, zdravniki splošne/družinske medicine, psihologi (Fras, Leskošek, 2009).

## 2.2 MOTIVACIJA IN ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG

Znanje o pomenu zdravega življenja za zdravje in škodljivosti razvad je prvi pogoj, da začnemo razmišljati o spremembi tveganega vedenja. Tukaj veliko pripomoreta: zdravstvena vzgoja in promocija zdravja.

Zdravstvena vzgoja je strokovna in znanstvena disciplina. Predstavlja proces učenja o zdravju z oblikovanjem pozitivnih stališč in vedenj zdravega življenjskega sloga (Zurc et al., 2010). Zdravstveno vzgojo bi lahko definirali kot del splošne vzgoje in je zelo pomemben dejavnik napredka posameznika in skupnosti (Hoyer, 2005). Namen zdravstvene vzgoje je spodbuditi posameznika, da bi skrbel za ohranjanje lastnega zdravja. Zdravstveno – vzgojni programi pomagajo oblikovati znanja, stališča, vedenjske vzorce za zdrav način življenja in spreminjati zdravju škodljiv življenjski slog (Zurc et al., 2010).

Poleg zdravstvene vzgoje ima pomembno vlogo tudi promocija zdravja. To je proces, ki ljudem omogoča izboljšati njihovo zdravje. Da bi dosegli stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje, mora biti človek sposoben prepoznati in uresničiti želje, zadovoljiti potrebe in spreminjati oziroma obvladovati okolje. Pozitivni koncept zdravja vključuje tako družbene kot tudi osebne vire ter telesne zmogljivosti in s tem presega odgovornost zdravstvenega sektorja (World Health Organization, 2012).

Zdravstvena vzgoja presega promocijo zdravja, saj je promocija proces, ki omogoča ljudem izboljšati zdravje, zdravstvena vzgoja pa deluje na spreminjanje posameznikovega vedenja v zvezi z lastnim zdravjem. Na zdravje vplivajo številni dejavniki – politični, kulturni, socialni, biološki, dejavniki okolja, zato promocija zdravja ni omejena zgolj na zdravstveni sektor, pač pa je odvisna od delovanja vlade, ekonomskega sektorja, nevladnih in prostovoljnih organizacij, medijev. S promocijo zdravja želimo predvsem doseči pravičnost v zdravju, odpraviti neenakosti v zdravju in zagotoviti vsem enake možnosti za doseg lastnega najvišjega potenciala (Zurc et al., 2010).

CINDI delavnice so sistematično planirane in oblikovane tako, da kot celota vplivajo na spremembo življenjskega sloga posameznika, kar pa je včasih težko, saj so udeleženci odrasli ljudje – socializirani ljudje, ki imajo že izoblikovane svoje navade, norme, vrednote, znanja in prepričanja. Zato sta zelo pomembni promocija zdravja in zdravstvena vzgoja, predvsem pa motivacija posameznika, da se udeleži CINDI delavnic (World Health Organization; regional Office for Europe, 2004).

### 2.2.1 Motivacija za spremembo življenjskega sloga

Pri spreminjanju življenjskega sloga veliko vlogo igra motivacija posameznika. Motivacija ni osebna lastnost, je le notranje spremenljivo stanje pripravljenosti ali zavzetosti za spremembe, ki niha v času in okoliščinah. Zato je ocenjevanje motivacije zelo pomemben element pri vpeljevanju sprememb v naša življenja (Hoyer, 2005).

Radovan (2011) navaja, da je motivacija vse tisto znotraj ali zunaj nas, kar vzburja (daje »vzgon«) ali usmerja k določenim objektom bolj kot drugim. Čustva so del funkcije vedenja in so sestavni del motivacije. Predstavljajo energijo, ki je potrebna za doseganje določenega cilja. Samo napetost ali tenzija pa ni dovolj, da neko stanje opredelimo kot motivacijo. Ko dobi ta tenzija še funkcijo usmerjanja k določenemu cilju, lahko govorimo o motivaciji. Zavedati se moramo, da je motivacija proces in ne produkt. Kot

procesa motivacije ne moremo opazovati neposredno, temveč lahko o njej le sklepamo iz različnih vedenj, kot so npr. izbira nalog, trud, vztrajnost in verbalizacija (npr. zelo si želim narediti ...) (ibid.).

Motivacijska dejavnost poteka po določenem motivacijskem procesu. Prvi pogoj za izvajanje katerekoli motivirane dejavnosti je energetska podlaga posameznika. Potreben je fiziološki, psihološki ali socialni primanjkljaj, ki ga je potrebno izravnati (Hoyer, 2005). Dilts (2003) poudarja, da je ob spreminjanju življenjskih navad posameznika treba upoštevati njegovo okolje in osebne lastnosti, ki jih opredeli kot vedenje, strategijo (sposobnosti in spretnosti), prepričanja, vrednote, identiteto, poslanstvo in duhovnost. Hoyerjeva (2005) navaja, da je pri procesu spreminjanja treba razumeti življenjski položaj, v katerem posameznik je, sposobnost reagiranja, etične norme, zdravstveno stanje, ekonomski status in obremenjenost posameznika s stresom. Pomembne so tudi želje in potrebe, ki vplivajo na postavljanje in doseganje ciljev.

Rezultati kvalitativne raziskave, izvedene v Oulu na Finskem, opisujejo pobudnike in ovire za telesno aktivnost med posamezniki z velikim tveganjem za sladkorno bolezen tipa 2. Proučevali so motivatorje in ovire za telesno aktivnost v obdobju med letom 2003 in letom 2008. Rezultati študije so pokazali, da motivatorji za telesno dejavnost vključujejo čustva, težo upravljanja ter fizično in psihično dobro počutje (Korkiakangas et al., 2011). Kot rezultat velikih študij je bila prav kakovost življenja opredeljena kot najpomembnejša komponenta, od katere je odvisna motivacija za fizično aktivnost in spremembo mišljenja (ibid.).

Marquardt in Vezeau (2007) v svoji raziskavi pokažeta, kako pomembni so motivacijski pogovori na vseh področjih spreminjanja življenjskega sloga, še posebej takrat, ko je pri posamezniku že potrebno zdravljenje.

Najučinkovitejši, najenostavnejši in zelo kratek postopek predlaga Rollnick s sodelavci po formuli pomembnost in prepričanost je enako pripravljenost. Če so posamezniki, ki so se udeležili programov CINDI, popolnoma prepričani in verjamemo v spremembe življenjskega sloga in si tega zelo močno želijo, so dovolj pripravljeni in motivirani za

spremembe (Rollnick, Mason, Butler, 2008). Vsekakor pa je tu zelo pomembna vloga zdravstvenih delavcev, saj z empatičnim in razumevajočim odnosom, spodbujanjem, motivacijo, promocijo zdravja in zdravstveno vzgojo, ki sta nepogrešljivi metodi izobraževanja, veliko pripomorejo k doseganju ciljev udeležencev programa (ibid.).

### 2.2.2 Proces spreminjanja vedenja

Spreminjanje škodljivega vedenja sodi med nelinearne in neklinične zdravstvene ukrepe, ki lahko učinkovito zmanjšajo obolevnost in umrljivost za nekaterimi nenalezljivimi kroničnimi boleznimi. Spreminjanje vedenja je proces, ki ga lahko razumemo z modelom procesa spreminjanja, ki sta ga prva razvila Prochaska in DiClemente leta 1986 z namenom, da bi prikazala proces, s pomočjo katerega ljudje lahko zamenjajo svoje navade (Kopčaver Guček, 2007). Za razumevanje stopenjskega modela spreminjanja je ključno poznavanje načina prehajanja posameznika čez faze spreminjanja in tehnik podpore ter spodbujanja k spremembam. Strokovnjaki so dokazali učinkovitost kratkih ukrepov in motivacijskega intervjuja, ki vključuje nekatere posebne načine komuniciranja. Prochaska in DiClemente sta skozi raziskovanje dokazala, da v procesu spreminjanja posamezniki prehajajo skozi stopnje od prekontemplacije do vzdrževanja sprememb. Na vsaki stopnji posameznik doživi različne občutke in misli ter ugotavlja, da mu različne aktivnosti pomagajo pri napredovanju (ibid.).

Model spreminjanja vsebuje pet stopenj. Preden oseba stopi v krog spreminjanja, je na stopnji prekontemplacije (Gaul, Anderson, Segura, et al., 2005). Posamezniki na tej stopnji še nimajo interesa za spremembo. V svojem načinu življenja ne vidijo nobenega problema (Burke, Arkowitz, Menchola, 2003). Kot navaja Kopčaver Gučkova (2007), posamezniki na tej stopnji npr. ne vidijo povezave med pitjem alkohola in tveganjem. Na drugi stopnji pričnejo razmišljati o spremembi in se začno zavedati potencialnih pozitivnih posledic ali pa nevarnosti spremembe. Tehtajo koristi in napore, ki jih bo sprememba prinesla. Ko pretehtajo napore, ki so potrebni za doseg spremembe, in ko

zares verjamejo, da je sprememba mogoča in vredna truda, se pričnejo pripravljati na tretjo stopnjo procesa spreminjanja, ki jo imenujemo priprave na spremembo (Burke, et al., 2003). Na stopnji priprave so tisti ljudje, ki nameravajo kmalu spremeniti svoje vedenje. Posamezniki poročajo o manjših spremembah vedenja, a meje za učinkovito akcijo še niso dosegli, npr. zmanjšajo število pokajenih cigaret, a še ne prenehajo povsem s kajenjem (ibid.). Ko ljudje dejansko prilagodijo svoje obnašanje, so na stopnji četrte faze, ki jo imenujemo akcija. Poskrbijo za vidnost svojih sprememb in so deležni zunanjega priznanja. Kot navajajo Burke z avtorji (2003), v četrty stopnji procesa spreminjanja vedenja posamezniki začno izvajati spremembe. Na tej stopnji so nujni pogoji za uspeh: jasen cilj, realen načrt, podpora in nagrade. Temu tako aktivnemu obdobju sledi obdobje vzdrževanja spremembe. Posameznik iz procesa spreminjanja preide v dolgotrajnejši, varnejši življenjski slog. Na tej fazi skušajo posamezniki utrditi pridobitev iz prejšnjega obdobja in preprečiti recidiv. Proces spreminjanja vedenja se nadaljuje in del tega so lahko številnečasne spremembe. Če ne pride do utrditve novega vzorca vedenja, oseba recidivira in nazaduje v nižjo stopnjo spreminjanja.

Večini ljudi v prvem poskusu spreminjanja ne uspe vzdržati spremembe. Recidivi in ponovno vključevanje v proces spreminjanja so zelo pogosti (Kopčaver-Guček, 2007). Scholz z avtorji (2008) v svoji raziskavi ugotavlja, da je motivacija za spremembo vedenja pri posamezniku proces, ki nastaja skozi daljše časovno obdobje. V tem času posameznik potrebuje spodbude in motivacijo iz zunanjega okolja.

Model procesa spreminjanja je bil prvotno izoblikovan na osnovi raziskav v zvezi s kajenjem (Gaul et al., 2005). V osnovi se je model izkazal kot zelo koristna osnova za razumevanje procesa spreminjanja različnih razvad, ki predstavljajo tveganje za zdravje. Ovire, ki se pojavljajo v procesu spreminjanja razvad ljudi, so zelo različne, odvisne od vsakega posameznika in od stopnje v procesu spreminjanja, v kateri se posameznik nahaja. Težava največkrat ni v tem, da ljudje ne vidijo rešitve, temveč v tem, da ne vidijo problema (Burke, et al., 2003).

### 2.2.3 Pomen partnerskega odnosa medicinska sestra – pacient

Medicinske sestre se pri vsakodnevnem delu srečujejo z različnimi situacijami, povezanimi z zdravstvenim stanjem posameznika ali skupnosti. Vsakodnevno vstopajo v svet posameznika in v njegovo intimno področje. Pri delu se srečujejo s številnimi etičnimi vprašanji, dilemami, stiskami in odločitvami. Najpogosteje se odločajo na podlagi lastne moralne drže, prepričanj in vrednot. Nastopajo kot zagovornice pacientov, kamor vključujemo posredovanje informacij, preverjanje, ali pacient te informacije razume, pomoč pri razmisleku, svobodni odločitvi in individualni izbiri posameznika. Zagovornice pacienta so tudi v primeru, ko se le ta odloči drugače, kot to od njega pričakuje okolica. Osnovno vodilo pri delu medicinske sestre je spoštovanje človeka in njegove integritete v najširšem smislu (Klemenc, 2004).

Medicinske sestre so glavne izvajalke v okviru zdravstvenovzgojnih centrov (ZVC) in skrbijo za zdravstveno vzgojo ljudi. Osnovno poslanstvo delovanja ZVC in medicinskih sester kot izvajalk je zviševanje znanja in spretnosti ter razvijanje ustreznih življenjskih slogov in okolij za zmanjševanje ogroženosti, obolenosti, invalidnosti in umrljivosti zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni ter kontinuirana promocija zdravja v okolju, kjer delujejo. Medicinske sestre si v okviru ZVC-ja prizadevajo aktivno odkrivati zdravstveno ogrožene posameznike. Odkrite ogrožene posameznike vključujejo v Programe svetovanja za zdravje in usmerjajo k osebnim zdravnikom za oceno ogroženosti zaradi bolezni srca in ožilja ter drugih kroničnih nenalezljivih obolenj. Medicinske sestre si prizadevajo za celostno obravnavo posameznika, ki je usmerjena v pomoč pri spreminjanju življenjskega sloga. Proces spreminjanja življenjskega sloga je dolgoročen, poteka postopoma in ima svoje zakonitosti, ki jih medicinske sestre in drugi izvajalci zdravstvene vzgoje pri svojem delu upoštevajo. Medicinska sestra, kot motivatorica motivira posameznike pri vzdrževanju spremenjenih načinov vedenja, dolgoročno spremlja paciente in jim omogoča vključevanje v podobne podporne programe, ki potekajo tudi izven zdravstvenega varstva. Delovanje ZVC in izvajanje Programov svetovanja za zdravje je usmerjeno k posamezniku in skupnosti, ki poteka v partnerskem odnosu spoštovanja, sodelovanja, iskanju skupnih rešitev na podlagi upoštevanja vseh moralnih dilem. (Luznar, 2009).

Če želimo biti pri obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni uspešni, moramo razvijati in graditi partnerski odnos med pacientom in zdravstvenimi delavci, ki pomagajo pri obvladovanju bolezni. S tem ko pacienti spoznavajo svojo bolezen, se seznanijo tudi z možnostmi zdravljenja in s podporo zdravstvenega delavca pridobijo orodje, s katerim so kos svoji bolezni. Pravi odnos je vzajemen, skrben, z jasno postavljenimi mejami, pozitiven in profesionalen (McKlindon, Schlucter, 2004).

V partnerskem odnosu medicinska sestra pritegne pacienta k sodelovanju in ga motivira z vseh vidikov, tudi za izvajanje postopkov ali odločitev, ki se navezujejo na zdravstveno vzgojo. Potrebno je vzpostaviti dialog in se izogibati enosmernosti komunikacije, kajti le tako lahko prepoznamo pacientove potrebe. V partnerskem odnosu se razvije dialog, ki se nadaljuje tudi preko ocene potreb, ki jih pacient ima, do tega, da skupaj z medicinsko sestro postavita tudi cilje (Patient, 2008). Medosebna komunikacija je bistvenega pomena na vseh področjih v življenju, lahko pa rečemo, da je na področju zdravstvene nege še nekoliko pomembnejša. Pomemben element pri komuniciranju je poslušanje sogovornika, vendar je tu treba dodati še druge spretnosti komuniciranja, kot sta razumevanje čustev in govorica telesa (Dobnik, Lorber, 2011).

Medicinska sestra deluje kot dobra komunikatorka, reševalka problemov, pospeševalka rešitev, voditeljica, učiteljica, menedžerka in zdravstvena zagovornica. Pri delu mora ostati kritična, delovati neodvisno in odgovorno. Prepoznati mora individualnost vsakega posameznika in okolja, v katerem posameznik deluje (Bizjak, 2010).



### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

V raziskavi diplomskega dela smo se osredotočili na kratke CINDI delavnice, ki so se izvajale v Osnovnem zdravstvu Gorenjske (OZG), Organizacijska enota (OE) Zdravstveni dom (ZD) Kranj in ZD Škofja Loka ter ZD Ljubljana (ZDL), OE Moste – Polje. Namen raziskave je bil ugotoviti vlogo kratkih CINDI delavnic kot motivacijskega dejavnika vključevanja udeležencev v daljše CINDI delavnice in vlogo medicinskih sester pri vključevanju udeležencev v daljše CINDI delavnice ter splošno informiranost in znanje udeležencev o dejavnikih tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni.

Cilji raziskave so bili:

C1: Ugotoviti motiviranost oz. pripravljenost udeležencev za vključitev v daljše delavnice.

C2: Ugotoviti splošno informiranost o nezdravem življenjskem slogu in dejavnikih tveganja udeležencev kratkih CINDI delavnic z vidika motivacije vključevanja v daljše CINDI delavnice.

C3: Ugotoviti prepoznavanje dejavnikov nezdravega življenjskega sloga in dejavnikov tveganja v lastnem življenjskem slogu udeležencev kratkih CINDI delavnic z vidika motivacije vključevanja v daljše CINDI delavnice.

C4: Ugotoviti vlogo medicinske sestre v motivaciji udeležencev kratkih CINDI delavnic za vključitev v daljše delavnice.

C5: Ugotoviti statistično pomembne razlike v motiviranosti (pripravljenosti) udeležencev kratkih CINDI delavnic za vključevanje v daljše delavnice pred in po zaključku kratkih delavnic.

### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšno je splošna informiranost (znanje) udeležencev o nezdravem življenjskem slogu in dejavnikih tveganja za nastanek nenalezljivih kroničnih bolezni pred in po zaključku kratkih CINDI delavnic?
2. Kako splošna informiranost (znanje) udeležencev vpliva na odločitev o vključitvi v daljše CINDI delavnice?
3. V kolikšni meri udeleženci kratkih CINDI delavnic prepoznajo dejavnike nezdravega življenjskega sloga in dejavnike tveganja v lastnem življenju kot subjektivno oceno zdravstvenega stanja?
4. V kolikšni meri osebno mnenje udeležencev o zdravstvenem stanju oz. prisotnih dejavnikih tveganja vpliva na vključitev v daljše CINDI delavnice?
5. Kako udeleženci opredeljujejo osebne cilje udeležbe v kratkih CINDI delavnicah glede na pomembnost, prepričanost doseganja in pripravljenost na spremembo življenjskega sloga?
6. Kakšna je vloga medicinske sestre v motivaciji udeležencev za vključitev v daljše delavnice?
7. Kateri so motivacijski dejavniki, ki spodbujajo udeležence k vključitvi v daljše CINDI delavnice?
8. Ali obstajajo statistično pomembne razlike glede na spol, starost in izobrazbo za vključitev udeležencev v daljše CINDI delavnice?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na neeksperimentalni deskriptivni metodi empiričnega kvantitativnega raziskovanja. Za pregled literature v teoretičnem in empiričnem delu diplomske naloge smo podatke pridobili iz podatkovnih baz (CINAHL, PUB MED, EBSCOhost, ERIC in SpringerLink), serijskih publikacij, monografskih publikacij, zbornikov, knjig, zbirank za osveščanje populacije in s pregledom anketnih vprašalnikov, domače in tuje literature. Za iskanje domače literature smo uporabili naslednje ključne besede: kronične nenalezljive bolezni, bolezni srca in ožilja, dejavniki tveganja, dejavniki nezdravega življenjskega sloga, programi CINDI, motivacija za spremembo življenjskega sloga, stopnje spreminjanja vedenja, medicinska sestra in zdravstveno – vzgojna dejavnost, promocija zdravja. Za iskanje tuje literature pa smo uporabili naslednje ključne besede: risk factors, chronic non-communicable diseases, (un)healthy lifestyle, knowledge of risk factors, health education, health promotion, motivating factor for a healthy lifestyle, process of changing behavior.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za raziskavo smo uporabili metodo anketiranja v obliki strukturiranega pisnega vprašalnika. Spremenljivke v raziskavi so bile nominalne, ordinalne in numerične. Anketni vprašalnik, namenjen udeležencem kratkih CINDI delavnic je bil sestavljen iz treh delov. Prvi del vprašalnika, ki so ga udeleženci izpolnjevali pred pričetkom delavnice, je vseboval socio-demografske podatke in vprašanja o seznanjenosti udeležencev s CINDI delavnicami, o subjektivnem mnenju o zdravstvenem stanju in motivaciji za vključitev v daljše delavnice. Drugi del vprašalnika so udeleženci izpolnili ob koncu kratkih CINDI delavnic. Nanašal se je na odločitev in cilj udeležencev za vključitev v daljše CINDI delavnice, na oceno pomembnosti, prepričanosti in

pripravljenosti za doseg osebne cilja, na motivacijske dejavnike in vlogo ter načine motivacije medicinske sestre za vključitev udeležencev v daljše CINDI delavnice. Prvi in drugi del anketnega vprašalnika sta vsebovala 21 vprašanj, od tega 19 vprašanj zaprtega in dve vprašanji odprtega tipa ter Likertovo lestvico stališč. Tretji del vprašalnika je bil kratek test znanja, vseboval je 12 vprašanj, od tega deset vprašanj zaprtega in dve vprašanji odprtega tipa. Udeleženci so ga rešili pred in po zaključku kratkih CINDI delavnic. Podlage za pripravo anketnega vprašalnika smo pridobili iz pregleda literature (Anderle, Skela Savič, 2011; Downes, 2008).

Iz tabele 1 je razvidna zanesljivost merskega instrumenta. Pri 19 trditvah o motivacijskih dejavnikih za vključitev udeležencev v daljše delavnice je bil nivo zanesljivosti po Cronbachovem testu zmeren (0,703) (Cencič, 2005).

**Tabela 1: Zanesljivost merskega instrumenta**

Zanesljivost merskega instrumenta	Vrednost Cronbachovega testa	Nivo zanesljivost
19 trditve - motivacijski dejavniki	0,703	Zmerna zanesljivost

### 3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen nenaključni, namenski vzorec, ki je zajel 90 udeležencev kratkih CINDI delavnic, in sicer v OZG OE ZD Kranj 40 udeležencev, OZG OE ZD Škofja Loka 20 udeležencev in ZDL OE Moste polje 30 udeležencev. Od 90 razdeljenih anketnih vprašalnikov je bilo ustrezno rešenih in vrnjenih 82, kar pomeni 91-odstotno realizacijo vzorca.

**Tabela 2: Spol udeležencev**

Spol anketirancev	f	%
Ženske	55	67,10
Moški	27	32,90
Skupaj	82	100,00

f = frekvenca, % = odstotki

Iz tabele 2 je razvidno, da je bilo v vzorec vključenih 82 udeležencev; od tega 67,10 % žensk in 32,90 % moških.

Tabela 3 prikazuje starostno strukturo udeležencev. Udeležence smo glede na teoretična izhodišča (Ličen, 2007) po starosti razdelili v tri starostne skupine. V prvo skupino, ki zajema obdobje mlajše in zgodnje odraslosti, smo razvrstili osebe od 24. do 40. leta starosti, v drugo srednjo odraslo dobo smo vključili osebe od 40. do 65. leta starosti, v tretjo skupino pa smo razvrstili anketirance starejše od 65 let.

Največ udeležencev je bilo v starostni skupini od 41 do 65 let, in sicer 67,10 % , sledila je starostna skupina od 24 do 40 let z 18,30 %, starejših od 65 let je bilo 14,60 % udeležencev. Povprečna starost udeležencev je bila 53 let, najmlajši udeleženec je bil star 24, najstarejši pa 74 let.

**Tabela 3: Starostna struktura udeležencev**

Starost anketirancev	f	%
24-40 let	15	18,30
41-65 let	<b>55</b>	<b>67,10</b>
Nad 65 let	12	14,60
Skupaj	82	100,00

f = frekvenca, % = odstotki

**Tabela 4: Izobrazbena struktura udeležencev**

Izobrazba	f	%
Osnovnošolska izobrazba	11	13,40
Srednješolska izobrazba	<b>49</b>	<b>59,80</b>
Visoka/Višja izobrazba	7	8,50
Univerzitetna izobrazba	15	18,30
Magisterij/Doktorat	0	0,00
Skupaj	82	100,00

f = frekvenca, % = odstotki

Iz tabele 4 je razvidno, da je bilo glede na stopnjo izobrazbe največ udeležencev s srednješolsko izobrazbo, in sicer kar 59,80 %, nato z univerzitetno izobrazbo (18,30 %),

sledila je skupina z osnovnošolsko izobrazbo (13,40 %), višje in visokošolsko je bilo izobraženih 8,50 %. Nihče od udeležencev ni imel magisterija ali doktorata.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje se je začelo po predhodno pridobljenem soglasju s strani raziskovalnega okolja, in sicer: Osnovnega Zdravstva Gorenjske (OZG), Območe enote (OE) Zdravstveni dom (ZD) Kranj in OE ZD Škofja Loka ter ZD Ljubljana OE Moste - Polje. Raziskava je potekala v mesecu oktobru 2012 v času izvajanja kratkih CINDI delavnic. Anketirancem smo ob začetku kratkih delavnic najprej razdelili prvi del anketnega vprašalnika in kratek test znanja, ob zaključku kratkih delavnic pa še drugi del anketnega vprašalnika in kratek test znanja. Sodelujoči so bili seznanjeni z namenom in cilji raziskave, imeli so možnost odklonitve in prekinitve sodelovanja. Upoštevali smo etična načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Republike Slovenije.

Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika, smo kvantitativno obdelali s pomočjo statističnega programa SPSS 19.00. Za spremenljivke smo ugotavljali osnovne statistične parametre, in sicer: frekvence, odstotke, mere srednjih vrednosti (aritmetično sredino) in mere razpršenosti (standardni odklon, minimalno in maksimalno vrednost). Statistični prikaz podatkov je predstavljen v obliki tabel. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik smo uporabili kontingenčne tabele, hi-kvadrat, t–preizkus. Vprašanja odprtega tipa smo smiselno povezali in kategorizirali.

## 3.4 REZULTATI

Rezultate raziskovalnega področja smo razdelili na tri sklope: 1. Sklop - Vključitev udeležencev v kratke CINDI delavnice (v nadaljevanju kratke delavnice), 2. Sklop – Motivacijski dejavniki vključevanja v nadaljevalne CINDI delavnice in vloga medicinske sestre (v nadaljevanju daljše delavnice), 3. Sklop – Test znanja pred in po zaključenih kratkih CINDI delavnicah

## 3.4.1 Vključitev udeležencev v kratke CINDI delavnice

**Tabela 5: Predlagatelj napotitve v kratke delavnice**

Predlagatelj	f	%
Družinski zdravnik osebno ali z vabilom	71	88,60
Osebna odločitev	7	8,50
Družinski člani	4	4,90
Skupaj	82	100,00

f = frekvenca, % = odstotki

Tabela 5 nam prikazuje, kdo je udeležence napotil v kratko delavnico. 88,60 % udeležencev je v kratke delavnice napotil njihov družinski zdravnik osebno ali z vabilom. 8,50 % udeležencev se je za vključitev v delavnice odločilo samih, le 4,90 % udeležencem je vključitev v krajše delavnice predlagala njihova družina.

**Tabela 6: Osebe, ki so vplivale na odločitev udeležencev za vključitev v kratke delavnice**

Spodbuda oz. nasvet	N	PV	SO	MIN	MAX
Domačih	82	2,54	0,78	1	3
Prijatelj	82	<b>2,61</b>	0,72	1	3
Osebnega zdravnika	82	1,84	<b>0,94</b>	1	3
Medicinske sestre	82	2,18	0,89	1	3
Sam/osebna odločitev, lastna želja	82	1,54	0,86	1	3
Drugo	0	0,00	0,00	0	0

PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, MIN = minimalna vrednost ocene, MAX = maksimalna vrednost ocene, N = število odgovorov na vprašanje, Ocenjevalna lestvica: 1 »ni vplivala«, 2 »delno je vplivala«, 3 »zelo je vplivala«

Iz tabele 6 je razvidno, da so udeleženci pripisali najvišjo povprečno vrednost vpliva na njihovo vključitev v kratke delavnice prijateljem (PV = 2,61; SO = 0,72); mnenja udeležencev so tu najbolj enotna; najmanjšo pa sami sebi (PV = 1,54; SO = 0,86). Medicinski sestri so anketiranci pripisali višji vpliv (PV = 2,18; SO = 0,89) kot zdravniku (PV = 1,84; SO = 0,94). Rezultat t-testa ( $t = 3,677$ ;  $p = 0,012$ ) kaže, statistično značilno razliko v pripisovanju večjega vpliva medicinski sestri kot zdravniku pri odločitvi udeležencev za vključitev v kratke delavnice.

**Tabela 7: Poznavanje programa CINDI**

Poznavanje programa CINDI	f	%
Da	38	46,30
Ne	<b>44</b>	<b>53,70</b>
Skupaj	82	100,00

f = frekvenca, % = odstotki

Tabela 7 kaže, da dobra polovica, 53,70 % udeležencev ne pozna programa CINDI, 46,30 % udeležencev program CINDI pozna.

**Tabela 8: Seznanjenost udeležencev z delavnicami v katere so napoteni**

Seznanjenost	f	%	Delavnica	f	%
Da	<b>61</b>	<b>74,40</b>	Dejavniki tveganja	53	64,60
			Šola zdravega hujšanja	8	9,80
			Niso se opredelili	21	25,60
Ne	21	25,60	Skupaj	82	100,00
Skupaj	82	100,00			

f = frekvenca, % = odstotki

Ali udeleženci vedo, v katero delavnico so napoteni, nam prikazuje tabela 8. 74,40 % udeležencev je znano, v katero delavnico so napoteni. 64,60 % udeležencev je dopisalo, da so napoteni v delavnico »Dejavniki tveganja«, 9,80 % v delavnico »Šola zdravega hujšanja«. Dobra četrtina, 25,60 % udeležencev ne ve, v katero delavnico so napoteni.

**Tabela 9: Viri informacij o delavnici v katero so bili udeleženci napoteni**

Pridobljene informacije	N	PV	SO	MIN	MAX
Zdravnik	82	2,34	1,22	1	4
Medicinska sestra	82	<b>2,50</b>	<b>1,26</b>	1	4
Drugo	82	0,22	0,80	1	4

PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, MIN = minimalna vrednost ocene, MAX = maksimalna vrednost ocene, N = število odgovorov na vprašanje, Ocenjevalna lestvica: 1 »nisem dobil/a informacij«, 2 »dobil/a sem premalo informacij«, 3 »dobil/a sem zadosti informacij«, 4 »dobil/a sem zelo veliko informacij«.



Tabela 9 prikazuje ocene udeležencev o pridobljenih informacijah o delavnici v katero so napoteni. Razvidna je nekoliko višja povprečna vrednost pri medicinskih sestrah (PV = 2,50; SO = 1,26) kot pri zdravnikih (PV = 2,34; SO = 1,22).

Rezultati t-testa ( $t = 4,835$ ;  $p = 0,002$ ), kažejo, da obstajajo statistično značilne razlike med medicinsko sestro in zdravnikom v pridobljenih informacijah udeležencev o delavnici, v katero so bili napoteni. Iz strani medicinske sestre so udeleženci dobili več informacij o delavnici, kot pa od zdravnika.

**Tabela 10: Odločitev udeležencev za vključitev v daljše delavnice pred začetkom kratkih delavnic**

Vključitev v daljše delavnice CINDI	f	%
Da	60	73,20
Ne	18	21,90
Napoten/a sem le v krajše delavnice	4	4,90
Skupaj	82	100,00

f = frekvenca, % = odstotki

Iz tabele številka 10 je razvidno, da se je pred zaključkom kratkih delavnic 73,20 % udeležencev odločilo, da se bodo po zaključenih kratkih delavnicah vključili v daljše delavnice, 21,90 % udeležencev se je odločilo, da se ne bodo udeležili daljših delavnic.

**Tabela 11: Mnenje udeležencev o prisotnih dejavnikih tveganja in nezdravega življenjskega sloga za kronične nenalezljive bolezni (KNB) in bolezni srca in ožilja (BSŽ)**

Dejavniki tveganja za nastanek KNB in BSŽ	f	%
Da	50	61,00
Ne	32	39,00
Skupaj	82	100,00

KNB = Kronične nenalezljive bolezni, BSŽ = Bolezni srca in ožilja, f = frekvenca, % = odstotki

Iz tabele 11 je razvidno, da je 61,00 % udeležencev izjavilo, da imajo enega ali več dejavnikov tveganja za nastanek KNB. 39,00 % jih meni, da nimajo nobenega dejavnika tveganja za nastanek KNB.

Tabela 12 kaže mnenja udeležencev o prisotnih dejavnikih tveganja in nezdravega življenjskega sloga za KNB. Možnih je bilo več odgovorov. Več kot polovica

udeležencev (54,90 %) meni, da ima težave s čezmerno telesno maso, z 52,40 % jim sledijo udeleženci, ki menijo, da imajo zvišan nivo skupnega holesterola v krvi, 32,90 % udeležencev meni, da imajo zvišan arterijski tlak. 2,40 % udeležencev pa nima nič od naštetega, le pri enem (1,20 %) udeležencu zasledimo navedbo o rizičnem pitju alkohola. Nihče od udeležencev pa ni navedel drugih težav.

**Tabela 12: Dejavniki tveganja in nezdravega življenjskega sloga, ki jih navajajo udeleženci**

Dejavniki tveganja	f	%
Zvišan arterijski tlak	27	32,90
Zvišan nivo skupnega holesterola v krvi	43	52,40
Zvišan nivo krvnega sladkorja	13	15,90
Čezmerna telesna masa, debelost	45	<b>54,90</b>
Nezdrave prehranske navade	22	26,80
Kajenje	15	18,30
Rizično pitje alkohola	1	1,20
Premajhna telesna aktivnost	24	29,30
Nič od naštetega	2	2,40
Druge težave	0	0,00

f = frekvenca, f % = odstotki

**Tabela 13: Prisotnost dejavnikov tveganja in nezdravega življenjskega sloga ter odločitev udeležencev za vključitev v daljše delavnice ob začetku kratih delavnic**

Tveganje za nastanek KNB (BSŽ)	Vključitev v daljše delavnice				Skupaj		$\chi^2$ (p)
	Da		Ne		f	%	
	f	%	f	%			
Da	<b>43</b>	<b>83,70</b>	7	16,30	50	100,00	12,530 (0,001)
Ne	16	30,40	<b>16</b>	<b>69,60</b>	32	100,00	
Skupaj	59	65,20	23	34,80	82	100,00	

KNB = kronične nenalezljive bolezni, BSŽ = bolezni srca in ožilja, f = frekvenca, % = odstotki,  $\chi^2$  = hi-kvadrat, p = vrednost statistične značilnosti

V tabeli 13 smo odgovore zaradi lažje statistične obdelave v spremenljivko združili udeležence, ki so se odločili, da se ne bodo vključili v daljše delavnice, in tiste, ki so bili napoteni le v krajše delavnice.

Kot je razvidno iz tabele, se je 83,70 % udeležencev, ki imajo prisotne dejavnike tveganja in nezdravega življenjskega sloga za nastanek KNB, odločilo, da se bodo vključili v daljše delavnice, 16,30 % udeležencev pa se v daljše delavnice ne bo

vkjučilo. 30,40 % udeležencev meni, da nimajo dejavnikov tveganja za nastanek KNB, vendar so se vseeno odločili, da se bodo vključili v daljše delavnice.

Mnenje udeležencev o prisotnosti dejavnikov tveganja in nezdravega življenjskega sloga za nastanek KNB (BSŽ) ter odločitev za vključitev v daljše delavnice pred začetkom delavnic sta v osnovni množici odvisni ( $\chi^2 = 12,530$ ;  $p = 0,001$ ).

**Tabela 14: Prisotnost dejavnikov tveganja in nezdravega življenjskega sloga ter odločitev udeležencev za vključitev v daljše delavnice ob zaključku kratih delavnic**

Tveganje za nastanek KNB (BSŽ)	Vključitev v daljše delavnice				Skupaj		$\chi^2$ (p)
	Da		Ne		f	%	
	f	%	f	%			
Da	<b>50</b>	<b>100,00</b>	0	0,00	50	100,00	24,139 (0,001)
Ne	19	54,40	<b>13</b>	<b>40,60</b>	32	100,00	
Skupaj	69	84,10	13	15,90	82	100,00	

KNB = Kronične nenalezljive bolezni, BSŽ = Bolezni srca in ožilja, f = frekvenca, % = odstotki,  $\chi^2$  = hi-kvadrat, p = vrednost statistične značilnosti

Tudi v tabeli 14 smo odgovore zaradi lažje statistične obdelave v spremenljivko združili udeležence, ki so se odločili, da se ne bodo vključili v daljše delavnice, in tiste, ki so bili napoteni le v krajše delavnice.

Kot je razvidno iz tabele 14, se je 100,00 % udeležencev, ki menijo, da imajo prisotne dejavnike tveganja in nezdravega življenjskega sloga za nastanek KNB, odločilo, da se bodo vključili v daljše delavnice, 54,40 % udeležencev pa se v daljše delavnice ne bo vključilo.

Mnenje udeležencev o prisotnosti dejavnikov tveganja in nezdravega življenjskega sloga za nastanek KNB ter odločitev za vključitev v daljše delavnice ob zaključku kratkih delavnic sta v osnovni množici odvisni ( $\chi^2 = 24,139$ ;  $p = 0,001$ ).

### 3.4.2 Motivacijski dejavniki vključevanja v nadaljevalne delavnice in vloga medicinske sestre

Drugi del anketnega vprašalnika je bil namenjen vprašanju o motiviranosti udeležencev za vključitev v daljše CINDI delavnice in vlogi medicinske sestre pri tem.

**Tabela 15: Spremembe odločitev udeležencev za vključitev v daljše delavnice pred in po zaključku kratkih delavnic**

Sprememba odločitve	f	%
Odločitev ostaja enaka, želim se vključiti v nadaljevalne delavnice	56	68,30
Odločitev ostaja enaka, ne želim se vključiti v nadaljevalne delavnice	5	6,10
Spremenil/a sem odločitev, želim se vključiti v nadaljevalne delavnice	13	15,80
Spremenil/a sem odločitev, ne želim se vključiti v nadaljevalne delavnice	4	4,90
Ne izpolnjujem pogojev za vključitev v nadaljevalne delavnice	4	4,90
Skupaj	82	100,00

f = frekvenca, % = odstotki

Iz tabele 15 je razvidno, da je pri 68,30 % udeležencev odločitev ostala enaka, želijo se vključiti v nadaljevalne delavnice, 15,80 % udeležencev je spremenilo svojo odločitev, želijo se vključiti v nadaljevalne delavnice, pri 6,10 % udeležencev odločitev ostaja enaka, ne želijo se vključiti v nadaljevalne delavnice.

**Tabela 16: Cilji udeležencev pred in ob zaključku kratkih delavnic**

Udeleženci Spremembe, cilji	Pred začetkom kratkih delavnic		Ob zaključku kratkih delavnic	
	f	%	f	%
Uravnati (znižati) krvni tlak	2	6,40	5	7,70
Uravnati (znižati) holesterol	8	25,80	10	15,40
Uravnati (znižati) krvni sladkor	0	0,00	1	1,50
Opustiti kajenje	0	0,00	4	6,20
Znižati telesno maso	<b>11</b>	<b>35,50</b>	<b>21</b>	<b>32,30</b>
Spremeniti prehranskih navad	4	12,90	7	10,80
Spremeniti življenjski slog	6	19,40	17	26,10
Skupaj	31	100	65	100

f = frekvenca, % = v odstotkih

Iz tabele 16 so razvidni odgovori udeležencev pred in ob zaključku delavnic o načrtovanih spremembah oziroma ciljeh, ki jih želijo doseči. Vprašanje je bilo odprtega

tipa. Odgovore smo združili v 7 kategorij. Največ udeležencev je kot cilj tako v začetku delavnic (35,50 %) kot ob koncu delavnic (32,30 %) navedlo znižanje telesne mase. Najmanj udeležencev je kot cilj izpostavilo znižanje krvnega sladkorja; prd začetkom delavnice nihče, ob zaključku pa le en (1,50 %) udeleženec.

**Tabela 17: Pomembnost, prepričanost in pripravljenost udeležencev za doseg načrtovanih sprememb (ciljev) pred in ob zaključku kratkih delavnic**

Cilji	Pred začetkom kratkih delavnic		Ob zaključku kratkih delavnic		t	p	MIN	MAX
	PV	SO	PV	SO				
Pomembnost dosege cilja	<b>8,76</b>	1,782	8,84	1,915	0,309	0,758	1	10
Prepričanost o dosegi cilja	7,73	2,037	8,77	<b>9,336</b>	0,989	0,326	1	10
Pripravljenost za doseg cilja	8,21	2,005	<b>9,40</b>	<b>9,219</b>	1,145	0,255	1	10

PV = povprečna vrednost, SO = Standardni odklon, t = t- preizkus, p = vrednost statistične značilnosti, MIN = minimalna vrednost ocene, MAX = maksimalna vrednost ocene, Lestvica: 1 popolnoma nepomembno; popolnoma neprepričan/a, popolnoma nepripravljen/a; 5 srednje pomembno, srednje prepričan/a, srednje pripravljen/a; 10 zelo pomembno, zelo sem prepričan/a in zelo pripravljen/a.

Rezultati opredeljevanja pomembnosti, prepričanosti in pripravljenosti udeležencev za doseg osebnega cilja oz. načrtovanih sprememb so razvidni iz tabele 17. Najvišja povprečna vrednost (PV = 8,76) je pred zaključkom delavnic vidna v pomembnosti doseganja cilja, po zaključku kratkih delavnic pa v pripravljenosti udeležencev za doseg načrtovanih sprememb (PV = 9,40). Ob zaključku delavnic so mnenja udeležencev zelo neenotna z vidika prepričanosti (SO = 9,336) in pripravljenosti (SO = 9,219) za doseg načrtovanih sprememb. Statistično pomembnih razlik v pomembnosti ( $t = 0,309$ ;  $p = 0,758$ ), prepričanosti ( $t = 0,989$ ;  $p = 0,326$ ) in pripravljenosti ( $t = 1,145$ ;  $p = 0,255$ ) za doseg cilja oz. načrtovanih sprememb pri udeležencih pred in po zaključku kratkih delavnic nismo ugotovili.

**Tabela 18: Trditve udeležencev, ki so povezane z njihovo vključitvijo v daljše delavnice**

Trditve	Ocene		PV	SO	MIN	MAX
	f	%				
Želim si pridobiti novo znanje o zdravem življenjskem slogu.	82	100,00	4,56	0,69	1	5
Motijo me moje razvade.	82	100,00	4,33	1,00	1	5
Želim bolj zdravo živeti.	82	100,00	<b>4,70</b>	0,68	1	5
Želim urediti svojo kronično nenalezljivo bolezen.	82	100,00	4,46	0,96	1	5
Želim izvedeti odgovore na vsa svoja vprašanja.	82	100,00	4,56	0,65	1	5
Rad/a se učim.	82	100,00	4,32	0,89	1	5
Zdravje postavljam na prvo mesto.	82	100,00	4,51	0,76	1	5
Želim izvedeti vse o dejavnih tveganja in kroničnih boleznih.	82	100,00	4,52	0,74	1	5
Prepričali so me pozitivni odzivi tistih, ki so delavnice že obiskovali.	82	100,00	3,40	1,40	1	5
Prepričali so me plakati, zloženke,...	82	100,00	2,99	1,30	1	5
Želel/a sem spoznati ljudi s podobnimi težavami in boleznimi.	82	100,00	3,43	1,33	1	5
Ker so delavnice brezplačne.	82	100,00	3,38	1,50	1	5
Moj osebni zdravnik je veliko pripomogel, da se udeležim daljših CINDI delavnic.	82	100,00	3,38	1,46	1	5
Medicinska sestra je veliko pripomogla, da se udeležim daljših CINDI delavnic.	82	100,00	4,10	1,21	1	5
Menim, da sem po zaključeni kratki CINDI delavnici dovolj pripravljen/a, da se vključim v daljše CINDI delavnice.	82	100,00	4,34	0,89	1	5
Želim shujšati.	82	100,00	4,39	1,00	1	5
Želim spremeniti svoje prehranske navade.	82	100,00	4,65	0,67	1	5
Želim izboljšati svoje gibalne navade.	82	100,00	4,48	0,74	1	5
Želim prenehati kaditi.	26	32,00	1,40	<b>2,16</b>	1	5
Izpolnite, če ste kadilec/ka.						

f = frekvenca, % = odstotki, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, p = vrednost statistične značilnosti, MIN = minimalna vrednost ocene, MAX = maksimalna vrednost ocene, Ocenjevalna lestvica: 1 sploh se ne strinjam; 2 se ne strinjam; 3 neodločen/a; 4 se strinjam; 5 zelo se strinjam.

Iz tabele 18 je razvidna najvišja povprečna vrednost (PV = 4,70) strinjanja s trditvijo »Želim bolj zdravo živeti«. Najnižji povprečni vrednosti strinjanja pa so vsi udeleženci pripisali trditvama: o brezplačnosti delavnic (PV = 3,38) in o motivaciji s strani osebnega zdravnika (PV = 3,38).

Med vsemi trditvami pa ima sicer najnižjo povprečno vrednost (PV = 1,40) in najvišji standardni odklon (SO = 2,16) trditev »Želim prenehati kaditi«, vendar je bilo v odgovoru zajetih le 26 anketirancev.

Tabela 19: Vpliv spola, starosti in izobrazbe na šest najvišje ocenjenih trditev, povezanih z vključitvijo v daljše delavnice

Trditev	Ocena	SPOL		STAROST			IZOBRAZBA						
		Moški (%)	Ženske (%)	N (%)	$\chi^2$ (p)	20 – 50 let	51 let in več	N (%)	$\chi^2$ (p)	Osn./str.	Viš./vis./uni./mag./dr.	N (%)	$\chi^2$ (p)
Pridobiti novo znanje o zdravem življenjskem slogu.	1 - 2	1 (3,70)	0 (0,00)	1 (1,20)	2,065 (0,356)	0 (0,00)	1 (1,90)	1 (1,20)	0,602 (0,740)	1 (1,70)	0 (0,00)	1 (1,20)	5,175 (0,075)
	3	1 (3,70)	2 (3,60)	3 (3,70)		1 (3,30)	2 (3,80)	3 (3,70)		1 (1,70)	2 (9,10)	3 (3,70)	
	4 - 5	25 (92,60)	53 (96,40)	78 (95,10)		29 (96,70)	49 (94,30)	78 (95,10)		58 (96,60)	20 (90,90)	78 (95,10)	
Zdravo živeti.	1 - 2	0 (0,00)	2 (3,60)	2 (2,40)	1,529 (0,466)	1 (3,30)	1 (1,90)	2 (2,40)	0,733 (0,693)	1 (1,70)	1 (4,50)	2 (2,40)	5,175 (0,075)
	3	0 (0,00)	1 (1,80)	1 (1,20)		0 (0,00)	1 (1,90)	1 (1,20)		0 (0,00)	1 (4,50)	1 (1,20)	
	4 - 5	27 (100,00)	52 (94,60)	79 (96,40)		29 (96,70)	50 (96,20)	79 (96,40)		56 (98,30)	20 (91,00)	79 (96,40)	
Izvedeti odgovore na vprašanja	1 - 2	0 (0,00)	1 (1,80)	1 (1,20)	0,629 (0,730)	1 (3,30)	0 (0,00)	1 (1,20)	4,541 (0,103)	1 (1,70)	0 (0,00)	1 (1,20)	5,175 (0,075)
	3	1 (3,70)	3 (5,50)	4 (4,90)		3 (10,00)	1 (1,90)	4 (4,90)		2 (3,30)	2 (9,10)	4 (4,90)	
	4 - 5	26 (96,30)	51 (92,70)	77 (93,90)		26 (86,70)	51 (98,10)	77 (93,90)		57 (95,00)	20 (90,90)	77 (93,90)	

M (%) = spol moški v odstotkih, Ž (%) = spol ženski v odstotkih, N = skupni delež v odstotkih,  $\chi^2$  = hi-kvadrat, p = vrednost statistične značilnosti, Sr./Osnovno. = srednješolska in osnovnošolska izobrazba udeležencev, Viš./Vis./Uni./Mag. = višješolska, visokošolska, univerzitetna, magistrska izobrazba udeležencev, Ocene: 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = neodločen, 4 = se strinjam, 5 = zelo se strinjam

Trditvev	Ocena	SPOL		STAROST			IZOBRAZBA								
		Moški (%)	Ženske (%)	N (%)	$\chi^2$ (p)	20 – 50 let	51 let in več	N (%)	$\chi^2$ (p)	Osn./st.	Viš./vis./uni./mag./dr.	N (%)	$\chi^2$ (p)		
Zdravje na prvo mesto.	1 - 2	1 (3,70)	1 (1,80)	2 (2,40)	0,733 (0,693)	2 (6,70)	0 (0,00)	2 (2,40)	5,175 (0,075)	1 (1,70)	1 (4,50)	2 (2,40)	5,175 (0,075)		
	3	2 (7,40)	5 (9,10)	7 (8,50)	0,733 (0,693)	4 (13,30)	3 (5,80)	7 (8,50)	5,175 (0,075)	5 (8,30)	2 (9,10)	7 (8,50)	5,175 (0,075)		
		24 (88,90)	49 (89,10)	73 (89,10)		24 (80,00)	49 (94,20)	73 (89,10)		54 (90,00)	19 (86,40)	73 (89,00)			
	4 - 5	0 (0,00)	1 (1,80)	1 (1,20)	1,529 (0,466)	1 (3,30)	0 (0,00)	1 (1,20)	5,175 (0,075)	0 (0,00)	1 (4,50)	1 (1,20)	5,175 (0,075)		
Izvedeti vse o dejavnih tveganja in kroničnih boleznih.	3	2 (7,40)	4 (7,30)	6 (7,30)	1,529 (0,466)	3 (10,00)	3 (5,80)	6 (7,30)	5,175 (0,075)	3 (5,00)	3 (13,60)	6 (7,30)	5,175 (0,075)		
	4 - 5	25 (92,60)	50 (90,90)	75 (91,50)		26 (86,70)	49 (94,20)	75 (91,50)		57 (95,00)	18 (81,80)	75 (91,50)			
		0 (0,00)	2 (3,60)	2 (2,40)		2,536 (0,281)	1 (3,30)	1 (1,90)		2 (2,40)	0,170 (0,918)	1 (1,70)		1 (4,50)	2 (2,40)
	3	2 (7,40)	1 (1,80)	3 (3,70)		2,536 (0,281)	1 (3,30)	2 (3,80)		3 (3,70)	0,170 (0,918)	2 (3,30)		1 (4,50)	3 (3,70)
4 - 5	25 (92,60)	52 (94,60)	77 (93,90)	28 (93,40)	49 (94,20)		77 (93,90)	57 (95,00)	20 (91,00)	77 (93,90)					

M (%) = spol moški v odstotkih, Ž (%) = spol ženske v odstotkih, N = skupni delež v odstotkih,  $\chi^2$  = hi-kvadrat, p = vrednost statistične značilnosti, Sr./Osnovno. = srednješolska in osnovnošolska izobrazba udeležencev, Vis./Vis./Uni./Mag. = višješolska, visokošolska, univerzitetna, magistrska izobrazba udeležencev, Ocene: 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = neodločen, 4 = se strinjam, 5 = zelo se strinjam



Iz tabele 19 lahko razberemo vpliv spola, starosti in izobrazbe na šest najvišje ocenjenih trditev povezanih z vključitvijo v daljše delavnice. Ocene trditev udeležencev smo zaradi lažje statistične obdelave združili, in sicer oceni 1 in 2, 3 ter 4 in 5. Prav tako smo zaradi lažje obdelave združili tudi starost in izobrazbo udeležencev, in sicer starost od 20 do 50 let in več kot 51 let ter izobrazbo: osnovnošolsko in srednješolsko ter višješolsko, visokošolsko, univerzitetno, magisterij in doktorat.

Statistično značilnih razlik glede na spol, starost in izobrazbo nismo ugotovili v nobeni od šestih trditev. Zato o povezanosti med spolom, starostjo in izobrazbi udeležencev in šestimi najvišje ocenjenimi motivacijskimi dejavniki v osnovni množici ne moremo trditi ničesar.

**Tabela 20: Motivacija udeležencev za vključitev v daljše delavnice s strani medicinske sestre (MS)**

Vključitev v daljše delavnice	Načini motivacije				Skupaj		$\chi^2$ (p)
	Z izobraževanjem / vsebino predavanja, z nasveti		S spodbujanjem				
	f	%	f	%	f	%	
Da	37	53,60	32	46,40	69	100,00	12,703 (0,001)
Ne	0	0,00	13	100,00	13	100,00	
Skupaj	37	45,10	45	254,60	82	100,00	

f = frekvenca, % = odstotki,  $\chi^2$  = hi-kvadrat, p = vrednost statistične značilnosti

Iz tabele 20 vidimo, da je 53,60 % udeležencev medicinska sestra motivirala za vključitev v daljše delavnice z izobraževanjem, vsebino predavanja in nasveti, 46,40 % udeležencev pa je motivirala s spodbujanjem. Nihče od udeležencev se ni opredelil pod drugo.

Vpliv načinov motivacije medicinske sestre na vključitev udeležencev v nadaljevalne delavnice sta v osnovni množici odvisni ( $\chi^2 = 12,703$ ; p = 0,001).

**Tabela 21: Zadovoljstvo udeležencev kratkih delavnic z vsebino predavanja, izvajalko predavanja in prostorom izvajanja**

Zadovoljstvo udeležencev	Vsebina predavanja		Izvajalka programa (med.sestra)		Prostor izvajanja programa		Dobljene zloženske, letaki,...	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Da	81	98,80	82	100,00	76	92,70	72	87,80
Ne	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Delno	1	1,20	0	0,00	6	7,30	10	12,20
Skupaj	82	100,00	82	100,00	82	100,00	82	100,00

f= frekvenca, %= odstotki

Iz tabele 21 je razvidno, da je bilo z vsebino predavanja zadovoljnih 98,80 % udeležencev in 1,20 % delno zadovoljnih. Z izvajalko programa (medicinsko sestro) so bili vsi udeleženci 100 % zadovoljni. 87,80 % udeležencev je bilo zadovoljnih in 12,20 % udeležencev delno zadovoljnih z dobljenim materialom – letaki in zloženkami. Nezadovoljnih udeležencev ni bilo v nobeni kategoriji.

### 3.4.3 Testa znanja pred in po zaključenih kratkih CINDI delavnicah

Tabela 22 prikazuje rezultate kratkega testa znanja, ki je bil sestavljen iz 12 vprašanj, od tega 10 vprašanj zaprtega tipa in 2 vprašanja odprtega tipa. Udeleženci so ga rešili pred začetkom kratkih CINDI delavnic in po zaključku le teh. Vsak pravilno obkrožen ali zapisan odgovor je bil vreden eno točko. Test znanja je vseboval največ 23 točk. Pred začetkom delavnice so udeleženci dosegli največ točk pri vprašanju o normalni vrednosti krvnega tlaka (95,10 %), po zaključku delavnic pa pri vprašanju o normalni vrednosti skupnega holesterola (100,00 %). Najmanj točk so pred začetkom delavnic udeleženci dosegli pri vprašanju o poznavanju alkohola kot dejavnika tveganja (1,20 %), po zaključku delavnic pa pri vprašanju o poznavanju zvišanega krvnega sladkorja kot dejavnika tveganja (13,40 %). Razlike o padcu točk znanja po končanih kratkih delavnicah pa opazimo samo pri vprašanju »Kateri holesterol je dober«.

**Tabela 22: Primerjava rezultatov kratkega testa znanja pred začetkom in po zaključku CINDI delavnic**

Vprašanja kratkega testa znanja	Rezultati pred začetkom kratkih del.		Rezultati po zaključku kratkih del.	
	f	%	f	%
<b>Poznavanje normalnih vrednosti dejavnikov tveganja</b>				
Normalna vrednost krvnega tlaka	<b>78</b>	95,10	79	96,30
Normalna vrednost krvnega sladkorja na tešče	70	85,40	81	98,80
Normalna vrednost skupnega holesterola	74	90,20	<b>82</b>	100,00
Kateri holesterol je dober holesterol HDL ali LDL?	63	76,80	55	67,10
Poznavanje lastne vrednosti krvnega sladkorja	39	47,60	52	63,50
Poznavanje lastne vrednosti holesterola	44	53,70	52	63,40
Poznavanje lastne vrednosti krvnega tlaka	47	57,20	60	63,30
<b>Poznavanje dejavnikov tveganja, ki vplivajo na nastanek bolezni srca in ožilja</b>				
Kajenje	32	39,00	53	64,60
Premalo gibanja	31	37,80	57	69,50
Neppravilna prehrana	38	46,30	58	70,70
Zvišan krvni tlak	20	24,40	15	18,30
Debelost	25	30,50	38	46,30
Stres	19	23,20	32	39,00
Zvišan holesterol	23	28,00	21	25,60
Zvišan krvni sladkor	16	19,50	11	13,40
Alkohol	1	1,20	23	28,00
Poznavanje pomena indeksa telesne mase	27	32,90	42	51,20
Poznavanje normalne vrednosti indeksa telesne mase	44	53,70	74	90,20
Poznavanje priporočil tedenske zmerne telesne aktivnosti	62	75,60	78	95,10
Poznavanje enot manj tveganega pitja alkohola za zdrave odrasle moške	69	84,10	77	93,90
Poznavanje enot manj tveganega pitja za zdrave odrasle ženske (ki niso noseče in ne dojijo)	55	67,10	79	96,30
Poznavanje povezave med kajenjem in boleznimi srca in ožilja	67	81,70	70	85,40
Poznavanje zgornje meje za zdrave še varno dnevno zaužite količine soli	60	73,20	75	91,50

f = frekvenca, % = odstotki

Z dvojim testiranjem pred in po kratkih delavnicah smo primerjali rezultate znanja udeležencev. Število doseženih točk na kratkem testu znanja pred kratkimi delavnicami se statistično pomembno razlikuje od števila doseženih točk na kratkem testu znanja po zaključku kratkih CINDI delavnic. S tveganjem, manjšim od 0,1 %, lahko trdimo, da kratke delavnice CINDI vplivajo na znanje anketirancev o dejavnikih tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni, o življenjskem slogu in o normalnih vrednostih dejavnikov tveganja ( $t = 11,971$  ;  $p = 0,001$ ). Informiranost udeležencev o dejavnikih tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni se je po zaključenih kratkih delavnicah dvignila.

**Tabela 23: Vpliv splošne informiranost in znanja na odločitev udeležencev za vključitev v daljše delavnice pred začetkom in po končanih kratkih delavnicah**

Dosežene točke	Odločitev udeležencev za vključitev v daljše delavnice pred začetkom kratke delavnice								$\chi^2$ (p)
	Da		Ne		Napoteni le v krajše delavnice		Skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
0 do 12	23	63,90	10	27,80	3	8,30	36	100,00	3,319 (0,019)
13 do 23	37	80,40	8	17,40	1	2,20	46	100,00	
Skupaj	60	73,20	18	22,00	4	4,90	82	100,00	

Dosežene točke	Odločitev udeležencev za vključitev v daljše delavnice po zaključku kratkih delavnic												$\chi^2$ (p)
	Trditev 1		Trditev 2		Trditev 3		Trditev 4		Trditev 5		Skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
0 do 12	5	50,00	0	0,00	4	40,00	1	10,00	0	0,00	10	100,00	6,609 (0,158)
13 do 23	51	70,80	5	6,90	9	12,50	3	4,20	4	5,60	72	100,00	
Skupaj	56	68,30	5	6,10	13	15,90	4	4,90	4	4,90	82	100,00	

f = frekvenca, % = odstotki,  $\chi^2$  = hi-kvadrat, p = vrednost statistične značilnosti, Trditev 1 = Odločitev ostaja enaka, želim se vključiti v nadaljevalne delavnice, Trditev 2 = Odločitev ostaja enaka, ne želim se vključiti v nadaljevalne delavnice, Trditev 3 = Spremenil/a sem odločitev, želim se vključiti v nadaljevalne delavnice., Trditev 4 = Spremenil/a sem odločitev, ne želim se vključiti v nadaljevalne delavnice, trditev 5 = Ne izpolnjujem pogojev za vključitev v nadaljevalne delavnice

V tabeli 23 smo zaradi lažje statistične obdelave združili dosežene točke udeležencev na kratkem testu znanja v skupini od 0 do 12 doseženih točk ter od 13 do 23 doseženih točk.

Za preizkus hipoteze neodvisnosti smo uporabili hi-kvadrat preizkus. O povezanosti med dosežkom točk na kratkem testu znanja pred začetkom kratkih delavnic ( $\chi^2 = 3,319$ ;  $p = 0,190$ ) in po zaključku kratkih delavnic ( $\chi^2 = 6,609$ ;  $p = 0,158$ ) ter odločitvijo udeležencev za vključitev v daljše delavnice v osnovni množici ne moremo trditi ničesar.

### 3.5 RAZPRAVA

Eden od ciljev tako imenovanih kratkih CINDI delavnic (v nadaljevanju kratkih delavnic), med katere prištevamo tri delavnice Zdrav življenjski slog, Preizkus hoje na 2 km in Dejavniki tveganja je tudi motivacija udeležencev za vključitev v bolj poglobljene daljše delavnice CINDI – Zdrava prehrana, Zdravo hujšanje, Telesna dejavnost - gibanje in delavnica »Da, opuščam kajenje«. V daljše delavnice, ki so namenjene osebam s prisotnimi dejavniki tveganja in visoko ogroženim za razvoj srčno-žilnih in ostalih nenalezljivih kroničnih bolezni, je bilo v naši raziskavi napotnih 95,10 % udeležencev.

V raziskavi ugotavljamo, da je udeležencem vključitev v krajše delavnice največkrat predlagal njihov družinski zdravnik. Kot predlagatelja, pa udeleženci niso omenjali medicinske sestre. Podobno v svoji raziskavi ugotavljata tudi Anderletova in Skela Savič (2011), saj so anketiranci v velikem deležu odgovorili, da je motivator zdravnik, za medicinsko sestro kot motivatorico se je odločilo zelo malo kandidatov. Navajata, da razlog najverjetneje leži v dejstvu, da posameznikom predlaga udeležbo družinski zdravnik na podlagi njihovih rezultatov preventivnega pregleda ter jim svetuje udeležbo v zdravstveno-vzgojnih delavnicah. (Anderle, Skela Savič, 2011). V primerjavi z raziskavo Anderletove in Skele Savič (2011), kjer sta ugotovili, da so anketiranci v večji meri prepoznali zdravnika kot motivatorja pri vključitvi v delavnice, pa v naši raziskavi ugotavljamo nasprotno. Udeleženci so v večji meri kot zdravnike prepoznali medicinske sestre kot osebe, ki so jih motivirale za vključitev v krajše delavnice. Medicinske sestre so kot motivatorji statistično pomembno v večji meri kot zdravniki vplivale na odločitev udeležencev za vključitvi v kratke delavnice ( $t = 3,677$ ;  $p = 0,012$ ).

Medicinske sestre oz. izvajalke kratkih delavnic so udeležence v največji meri motivirale za vključitev v daljše delavnice z izobraževanjem - vsebino predavanja, nasveti in le nekoliko manj s spodbujanjem. Rezultati raziskave kažejo, da medicinska sestra z načini motiviranja – izobraževanjem, vsebino predavanja, nasveti in spodbudami statistično pomembno ( $\chi^2 = 12,703$ ;  $p = 0,001$ ) vpliva na odločitve udeležencev oz. motivira udeležence za vključitev v nadaljevalne programe, daljše CINDI delavnice.

Ko so udeleženci na podlagi petstopenjske lestvice ocenjevali stopnjo strinjanja z motivacijskimi dejavniki vključitve v daljše delavnice, so se najbolj strinjali s trditvijo, da želijo bolj zdravo živeti (PV = 4,70). Ob tem je stopnja strinjanja s trditvijo, da zdravje postavlja v življenju na prvo mesto, malenkostno nižja (PV = 4,51). Tudi podatki raziskave Anderletove in Skele Savič (2011) kažejo na pomembnost zdravja za posameznika, saj so udeleženci na prvo mesto pomembnosti postavili zdravje kot vrednoto. V imenovani raziskavi so motivacijske dejavnike razdelili na notranje, tiste, ki prihajajo iz posameznika, in zunanje, ki motivirajo iz okolja. Podobno kot v tej raziskavi smo tudi v naši ugotovili, da so notranji motivacijski dejavniki na splošno dobili višje ocene kot motivacijski dejavniki okolja.

Ugotovitve o pomenu zdravja za posameznika podpirajo tudi rezultati raziskave, ki kažejo, da je razlog, za vključitev udeležencev v daljše delavnice njihova subjektivna ocena zdravstvenega stanja. Iz naše raziskave so razvidne statistično pomembne razlike med prepoznanimi dejavniki tveganja in nezdravega življenjskega sloga ter odločitvijo udeležencev za vključitev v daljše delavnice tako pred začetkom ( $\chi^2 = 12,530$ ;  $p = 0,100$ ) kot tudi ob zaključku ( $\chi^2 = 24,139$ ;  $p = 0,001$ ) kratkih delavnic.

Da je zdravje pomemben motivacijski dejavnik, kažejo tudi rezultati ameriške raziskave (Downes, 2008). V raziskavi so določili 14 motivacijskih dejavnikov in ovir za zdravo življenje, jih ocenili in določili lestvico rezultatov pomembnosti posameznega dejavnika. Podobno kot v naši raziskavi je bil najvišje ocenjen motivacijski dejavnik želja po zdravem načinu življenja oz. zdravju. Pri tem moramo upoštevati, da so bile

trditve postavljene za različne vzorce merjencev iz dveh različnih držav z različno kulturo.

Pri ocenjevanju motivacijskih dejavnikov sta s strani udeležencev primerjalno z ostalimi trditvami nekoliko nižje ocenjeni trditvi, ki govorita o motivacijski vlogi medicinske sestre (PV = 4,0) in zdravnika (PV = 3,38) pri vključevanju posameznika v daljše delavnice. Nasprotno v svoji raziskavi ugotavljata Anderletova in Skela Savič (2011), saj rezultati kažejo, da so udeleženci višje ocenjevali motivacijske dejavnike v zvezi z zdravstvenimi delavci (medicinska sestra, zdravnik), saj so jih uvrstili na drugo mesto pomembnosti. Medicinske sestre imajo še veliko neizkoriščenih možnosti glede motivacije posameznikov za vključitev v zdravstveno-vzgojne programe in bi lahko še pomembneje prispevale k uresničevanju politike za krepitev promocije zdravja med zdravimi ali bolnimi posamezniki (Anderle, Skela Savič, 2011). Po mnenju Woodward (2003) je delo medicinske sestre pomoč posamezniku pri prepoznavanju resursov, pomembnih za posameznikovo zdravje in ozdravitev.

V nalogi smo proučevali tudi vpliv spola, starosti in izobrazbe udeležencev na šest najvišje ocenjenih motivacijskih dejavnikov. Analiza rezultatov raziskave kaže, da o povezanosti med spolom, starostjo in izobrazbo udeležencev ter šestimi motivacijskimi dejavniki, s katerimi se udeleženci v najvišji meri strinjajo, ne morem trditi ničesar.

V raziskavi ugotavljamo, da so udeleženci kratkih delavnic seznanjeni in dobro prepoznavajo dejavnike tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja in nezdravega življenjskega sloga v osebem življenju. Z vidika subjektivne ocene zdravstvenega stanja glede življenjskega sloga in dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni ter bolezni srca in ožilja v lastnem življenju je več kot polovica udeležencev pritrčila, da imajo dejavnike tveganja. Pri natančnejši opredelitvi posameznih, konkretnih dejavnikov tveganja in nezdravega življenjskega sloga pa je dejavnike prepoznala večina udeležencev. Žalarjeva (2009) v svoji raziskavi o ozaveščenosti in stališčih prebivalcev Slovenije do dejavnikov tveganja nastanka bolezni srca in ožilja sklepa, da je manj kot polovica prebivalcev seznanjena z dejavniki tveganja (zvišan krvni tlak, kajenje, zvišane

maščobe v krvi, zvišan krvni sladkor, telesna nedejavnost, prekomerna telesna teža, prekomerno uživanje alkohola, pogosta izpostavljenost stresu in nepravilna prehrana).

Avtorica na podlagi različnih raziskav tudi ugotavlja, kako pomembna sta pri preventivi bolezni srca in ožilja zavest in znanje posameznika. Na pomembno preventivno vlogo CINDI delavnic tako lahko sklepamo tudi iz ugotovitev naše raziskave z vidika znanja udeležencev o dejavnikih tveganja. Rezultati kratkega testa znanja, ki so ga opravili udeleženci kratkih delavnic, so pokazali statistično pomembne razlike ( $t = 11,971$ ;  $p = 0,001$ ) v rezultatih testa znanja o zdravem življenjskem slogu, dejavnikih tveganja in njihovih normalnih vrednostih pred in po zaključku delavnic. Nivo znanja udeležencev po zaključku delavnic je bil višji kot pred začetkom delavnic. Sklepamo, da so udeleženci med delavnicami dopolnili in pridobili nova znanja in da so delavnice iz tega vidika uspešne.

Ne moremo pa trditi, da novo pridobljeno ali poglobljeno znanje udeležencev predstavlja motivacijo udeležencev za vključitev v daljše delavnice. V raziskavi namreč nismo ugotovili statistično pomembne povezanosti med pridobljenim znanjem (številom doseženih točk) in odločitvijo udeležencev za vključitev v daljše delavnice.

Ugotovitve uspešnosti delavnic z vidika pridobljenega znanja dopolnjujejo tudi izsledki raziskave o zastavljenih ciljeh udeležencev. Rezultati, kažejo, da je cilje udeležbe po zaključku delavnic definiralo in jasno opredelilo večje število udeležencev kot ob začetku kratkih delavnic. Med cilji izstopajo sprememba življenjskega sloga, znižanje telesne mase in krvnega tlaka. Razlike v oceni pomembnosti cilja za posameznika, prepričanosti in pripravljenosti za dosego cilja pred in po zaključku kratkih delavnic nismo dokazali. Z vidika spreminjanja vedenja, ki sta ga razvila Prochaska in DiClemente (1994 povz. po Kopčaver Guček, 2007), bi lahko to delno razložili s stopnjami spreminjanja, na katerih posameznik je na katerih posamezniki so.

Spreminjanje življenjskega sloga posameznika je proces, ki ima svoje zakonitosti in se pri posamezniku velikokrat začne zaradi zdravstvene ogroženosti ter zahteva podporo vseh zdravstvenih delavcev. Posamezniki v delavnice vstopajo na različnih stopnjah



procesa spreminjanja vedenja. Razumeti moramo, da različne stopnje procesa spreminjanja vedenja v katere vstopajo ali se nahajajo udeleženci, zahtevajo tudi različne intervencije, različno informiranje, svetovanje in podporo. Ljudje se v krogu spreminjanja pomikamo naprej in nazaj in se na vsaki stopnji zadržujemo različno dolgo. Običajno grede tisti ljudje, ki se uspešno spremenijo in dosežejo svoj jasni cilj, skozi vse stopnje procesa spreminjanja (Kopčaver Guček, 2007).

Ob tem se zastavlja vprašanje ali so medicinske sestre kot izvajalke kratkih delavnic dovolj usposobljene za prepoznavanje različnih stopenj procesa, v katerih posamezniki so in za izvedbo motivacijskega postopka, kajti izbira načinov ukrepanja (nasvet, informacija, spodbuda, opora, ...) je povezana stopnjo procesa posameznika. Za zdravstveno nego predstavlja to področje dela možnost in priložnost za kvalitetno zdravstveno vzgojno delo z vidika motiviranja udeležencev za spremembo življenjskega sloga. Predstavlja pa tudi zanimivo in potrebno vsebino prihodnjih raziskav.

Kljub temu, da rezultati naše raziskave sicer kažejo, da se je večina udeležencev pripravljena udeležiti daljših CINDI delavnic (dobra polovica udeležencev je bila o tem odločena že pred začetkom delavnic, 16 % udeležencev pa je svojo prvotno odločitev, da s programom ne bodo nadaljevali, spremenila) je potrebno zdravstveno vzgojno delo z vidika motivacije udeležencev razvijati. Potrebne pa so tudi intervencije na področju prepoznavanja programa CINDI. V raziskavi ugotavljamo sorazmerno slabo prepoznavnost programa, saj je več kot polovica udeležencev ob vključitvi v program izjavila, da programa CINDI ne pozna.

Ključno je zavedanje, da imajo dobro načrtovane preventivne intervencije odločilen vpliv na zdrav življenjski slog in zmanjšanje dejavnikov tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja ter drugih kroničnih nenalezljivih bolezni (Nissinen, Kastarinen, Tuomilehto, 2004).

## 4 ZAKLJUČEK

Bolezni srca in ožilja ter druge kronične nenalezljive bolezni so tako kot drugod v razvitem svetu tudi pri nas velik javno zdravstveni problem in zasedajo prvo mesto obolevnosti ter umrljivosti. Svetovna zdravstvena organizacija je sprejela program CINDI, ki se je začel izvajati tudi v Sloveniji. Namen programov CINDI je promocija zdravja in preprečevanje pojavljanja srčno-žilnih in drugih kroničnih nenalezljivih bolezni. Z njim želimo izboljšati življenjski slog in zdravje posameznikov, ljudi osvestiti o dejavnikih tveganja za nastanek kroničnih bolezni, skratka: želimo delovati preventivno.

Vzgoja za zdrav življenjski slog je proces, ki poteka celo življenje, od rojstva do smrti. Promocija zdravja in zdravstvena vzgoja, ki sta najbolj pomembna za zmanjševanje bolezni srca in ožilja ter drugih kroničnih nenalezljivih bolezni, bi morali biti navzoči v vseh okoljih, kjer ljudje živijo in delajo.

Za izboljšanje življenjskega sloga prebivalcev je ključnega pomena zagotovitev za zdravje naklonjenih javnih politik s sistemskimi ukrepi, ki bodo omogočale dostopnost do zdravega prehranjevanja in življenjskega sloga vsem prebivalcem, tudi socialno šibkim, revnim in manj izobraženim. Zdrave izbire morajo postati lažje dostopne izbire, sicer težko pričakujemo, da bodo socialno šibki posegali po zdravih živilih in se zdravo prehranjevali ter zdravo vedli. Pomembni so tudi sistemski ukrepi in program za spodbujanje in promocijo zdrave telesne dejavnosti.

V enaki meri kot dostopnost do programov je pomembna njihova prepoznavnost. Glede na to, da v raziskavi ugotavljamo slabo prepoznavnost CINDI programa in prav tako tudi slabo prepoznavnost delavnic, v katere so osebe napotene, bi bilo med drugim potrebno razmišljati o ukrepih za učinkovitejše seznanjanje in poznavanje programov. Vloga medicinske sestre, prav tako pa tudi zdravnika, je pri tem, nenadomestljiva a kot kaže raziskava, ne v celoti oziroma slabo izkoriščena. Potrebno bo ugotoviti zakaj je informiranje udeležencev s strani zdravstvenega osebja pomanjkljivo in glede na

rezultate ustrezno ukrepati (izobraževanje, usposabljanje, motivacija zdravstvenega tima, ...). Za večjo prepoznavnost CINDI in drugih zdravstveno-vzgojnih programov smo že nekaj dosegli z uvajanjem referenčnih ambulant, kjer je medicinskim sestram v večji meri dana možnost zdravstveno vzgojnega dela. Večjo prepoznavnost programa bi dosegli z več informacijami, didaktičnimi materiali v zdravstvenih zavodih (plakate, zloženske, video predstavitve v čakalnicah, ...). Zdravstveno vzgojno gradivo bi bilo lahko dostopno tudi drugje (npr. frizerji, kozmetičarke, pedikerke, ...), več televizijskih in radijskih informacij o zdravstveno-vzgojnih programih, javne predstavitve, ... Poleg tega pa bi morali začeti že pri samem motiviranju posameznikov za vključitev v delavnice. Medicinske sestre in zdravniki bi se morda lahko še izpopolnili o načinih motivacije in kako pritegniti posameznike k vključitvi v delavnice, z izobraževanji, predavanji, tekom šolanja,...

Ustrezne informacije, izobraževanje in promocijo zdravega načina življenja in življenjskega sloga je treba vključiti v formalno in neformalno izobraževanje, v vrtce in osnovne šole, da zdrav življenjski slog začno živeti že otroci, ki še niso popolnoma razvili svojih vrednot, norm in navad ter se še niso v popolnosti socializirali in socialno razvili.

V informiranju in motiviranju pacientov za zdrav način življenja pa je ključna vloga medicinske sestre in celotnega zdravstvenega tim v ambulanti družinskega zdravnika in v referenčnih ambulantah. Ob tem ni zanemarljiva in verjetno tudi ne popolnoma izkoriščena tudi vloga patronažnih medicinskih sester. Informacija in motivacija s strani pomembne osebe je za paciente mnogokrat odločilna.

V prihodnosti bo treba med drugim raziskati, na kakšne načine bi se s promocijo zdravega življenjskega sloga in zdravstveno vzgojo še bolj približali ljudem, da bi le-ti začeli živeti na drugačen način in se zavedati posledic nezdravega življenja, pri čemer ima zdravstvena nega zelo pomembno mesto.

## 5 LITERATURA

Anderle D, Skela Savič B. Motivacijski dejavniki posameznika pri vključevanju v delavnice CINDI. *Obzor Zdr N.* 2011;45(1):31-8.

Beevers D G. Krvni tlak. Ljubljana: Pisanica; 2005.

Bizjak T. Obravnava pacientov s kroničnimi obolenji – izziv in priložnost za zdravstveno in babiško nego. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo*, Portorož, 12 maj 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic; 2010: 7-9.

Borovničar A, Brguljan Hitij J. Zvišan krvni tlak. In: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric S, Korošec A, Zaletelj-Kragelj L, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012: 189-200.

Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:843-61.

Cencič M. *Pedagoška metodologija*. Koper: Pedagoška fakulteta; 2005.

Dilts R. *From coach to awakener*. Capitola: Meta publicitons; 2003.

Division Chair of Nursing and Allied Health, Alabama Southern Community College. *Hypertension Improvement through Healthy Lifestyle Modifications*. *ABNF J.* 2011;22(2):41-3.

Dobnik M, Lorber M. Medosebni odnosi in pripadnost v zdravstveni negi. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, Skinder Savič K, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 9.-10. junij 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 220-8.

Dolenc P. Hipertenzija, ki jo sprožijo različne snovi. In: Dobovišek J, Accetto R, eds. Arterijska hipertenzija: strokovni sestanek Sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož, 18.-19. november 2004. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo; 2004: 231-8.

Downes L. Motivators and barriers of a Healthy Lifestyle Scale: development and psychometric characteristics. J Nurs Meas. 2008;16(1):3-15.

European Cardiovascular Disease Statistics 2012 EDITION. European Heart network Society of Cardiology, 2012. Dostopno na: <http://www.escardio.org/about/Documents/EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf> (15.7.2013).

European health for all Database, HFA-DB. WHO Regional Office for Europe, 2012. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/hfad> (11.1.2013).

Farkaš - Lainščak J. Vloga svetovne zdravstvene organizacije v svetovnem globalnem javnem zdravju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje; 2009.

Faulhaber HD. Obvladajmo visok krvni tlak. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2006.

Fras Z, Leskošek LB. Oblikovanje, vzpostavitev in stalno delovanje »Registra oseb, ki jih ogrožajo kardio – vaskularne bolezni« v Sloveniji. In: Vrbovešk S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v prvih osmih letih?: zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne

preventive srčno – žilnih bolezni, Ljubljana, november 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije; 2009: 27-33.

Fras Z, Maučec Zakotnik J, Govc Eržen J, Vrbovšek S, Leskošek B. Srčno-žilna preventiva v Sloveniji – Zgodba o uspehu in/ali kako smo lahko še boljši. In: Fras Z, ed. Forum za preventivo bolezni srca in žilja 2012: zbornik prispevkov, Ljubljana, junij 2012. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije; 2012: 10-29.

Fras Z, Maučec Zakotnik J. Krepitev zdravja in kakovostno izvajanje ukrepov preprečevanja bolezni srca in žilja – naše poslanstvo, prioritete in...poslanstvo? In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v prvih osmih letih?: zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventive srčno – žilnih bolezni, Ljubljana, november 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije; 2009: 7-8.

Grace SL, Barry – Bianchi S, Stewart DE, Rukholm E, Nolan RP. Physical activity behavior, motivational readiness and self-efficacy among Ontarians with cardiovascular disease and diabetes. *J Behav Med.* 2007;30(1):21-9.

Gual A, Anderson P, Segura L, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Training Programm on Identification and Brief Interventions. Barcelona: Oddelek za zdravstveno varstvo Katalonije; 2005.

Hlastan Ribič C, Djomba JK, Blaznik U, Zaletel-Kragelj L, Maučec Zakotnik J. Prehranjevalne navade – dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, Skinder Savič K, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, junij 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 138-46.

Hlastan Ribič C, Šerona A, Maučec Zakotnik J, Borovničar A. Čezmerna hranjenost in debelost. In: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric S, Korošec A, Zaletelj-Kragelj

L, eds. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012: 149-60.

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

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Nacionalni program primarne preventive srčno – žilnih bolezni, 2010.

Jelenc A, Vrbovšek S. Izvedba programirane zdravstvene vzgoje za odrasle v zdravstvenovzgojnih centrih v letu 2011 – Programi svetovanja za zdravje. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2011.

Kapš P, Kapš R, Kapš P ml., Ostojić – Kapš S. Bolezni srca in žilja. Novo Mesto: Grafika Tomi; 2009: 77-263.

Klemenc D. Medicinska sestra – Zagovornica pacientovih pravic. Obzor Zdr N. 2004;38(4):287-96.

Kopčaver Guček N. Oblike motivacije za spreminjanje življenjskega sloga. In: Bulc M, Turk H, Kersnik J, eds. Vključevanje bolnika v zdravljenje: učno gradivo za 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana, oktober 2001. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2007: 53-9.

Koren M, Stanek T. 30 minut na dan za zdravo srce. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2009.

Korkiakangas E, Taanila AM, Keinanen – Kiukaanniemi S. Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the oulu substudy of the Finnish Diabetes Prevention Study. Health Soc Care Community. 2011; 19(1):15-22.

Kumanan R, Rudiger K. Action on social determinants of health is essential to tackle noncommunicable disease. Bull World Health Organ. 2011;89(10):775-6.

Ličen N. Research into family as the identity forming environment in adulthood and old age. New paradigms and methods in education and social research. 2007: 187-200.

Luznar N. Programirana zdravstvena vzgoja za odrasle / Programi svetovanja za zdravje in delovanje zdravstvenovgojnih centrov (2002 – 2008). In: Vrbovešk S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v prvih osmih letih?: zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventive srčno – žilnih bolezni, Ljubljana, november 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije; 2009: 44-3.

Marquardt P, Vezeau T. Motivational interviewing: The link between healthy choices and healthy patients. Am J Nurse Pract. 2007;11(8):21-4.

Marquardt P, Vezeau T. Motivational interviewing: The link between healthy choices and healthy patients. Am J Nurse Pract. 2007;11(8):27-31.

Maučec Zakotnik J, Vrbovšek S, Fras Z. Integrirano preoprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni – kaj je racionalno in kaj ne. In Fras Z, eds. Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja 2012: zbornik prispevkov, Ljubljana, junij 2012. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije – Slovenska hiša srca; 2012: 30-9.

McKlindon DD, Schlucter J. Parent and nurse partnership model for teaching therapeutic relationships. Pediatr Nurs. 2004;30(5):418-20.

Nissien A, Kastarinen M, Tuomilehto J. Community control hypertension-experiences from Finland. J Hum Hypertens. 2004;18(8):553-6.

Patient education from a partnership perspective: tools for teaching must become interactive. Patient educ manage. 2008;5(1):5-6.



Povšnar E. Vloga in pomen zdravstveno vzgojnih delavnic za znižanje holesterola. In: Klemenc-Ketiš Z, Stepanovič A, eds. Interna medicina, psihiatrija, ortopedija, preprečevanje bolezni: zbornik predavanj, Kranjska Gora, 24.-25. oktober 2008. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine Ljubljana; 2008: 105-11.

Radovan M. Motivacija odraslih za izobraževanje: vrednotni, kognitivni in socialno-kulturni vidiki motivacije brezposelnih za izobraževanje [raziskovalno poročilo]. Ljubljana: Andragoški center Republike Slovenije; 2011.

Rollnick S, Mason P, Butler C. Health Behavior Change: A Guide for Practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.

Salobir B. Debelost in hipertenzija. In: Dobovišek J, Accetto R, eds. Arterijska hipertenzija: strokovni sestanek Sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož, 18.-19. november 2004. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo; 2004: 457-64.

Samuels TA, Fraser H. Caribbean Wellness Day: mobilizing a region of chronic noncommunicable disease prevention and control. Rev Panam Salud Public. 2010; 28(6):427-9.

Scholz U, Nagy G, Schuz B, Ziegelmann JP. The role of motivational and volitional factors for self-regulated running training: associations on the between- and within-person level. Br J Soc Psychol. 2008;47(3):421-39.

Skela Savič B. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. Obzor Zdr N. 2009;43(3):209-22.

Statistical office of the Republic of Slovenia, 2010. Dostopno na: <http://www.stat.si/letopis/letopisprvastran.aspx?lang=en> (5.1.2013).

Vovk V. Promocija zdravja in proces vključitve odraslih v zdravstveno vzgojne delavnice CINDI [magistrsko delo]. Maribor: Univerza Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.

Westerby R. An overview of cardiovascular disease risk assessment. *Nursing Standard*. 2011;26(13):48-55.

World Health Organization; regional Office for Europe. A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2004.

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 Veber M, Romih K, eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 52-62.

Žalar A. Analiza zdravstvenovzgojne dejavnosti za opuščanje kajenja. *Obzor Zdr N*. 2008;42(1):13-20.

Žalar A. Ocena seznanjenosti prebivalcev Slovenije z dejavniki tveganja nastanka bolezni srca in ožilja. *Obzor Zdr N*. 2009;43(2):95-101.

## 6 PRILOGE

## 6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK

Moje ime je Tina Smolej in sem absolventka rednega dodiplomskega študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

V okviru diplomske naloge, z naslovom Motivacijski dejavniki pri vključevanje v daljše CINDI delavnice, Vas prosim, da odgovorite na nekaj zastavljenih vprašanj. Prosim Vas, da vprašanja temeljito preberete in se opredelite glede na trditev, ki za Vas najbolj velja.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno in anonimno. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni vključno za raziskavo v diplomskem delu, ki bo pomagala tudi k kvalitetnejši izvedbi delavnic Programov svetovanja za zdravje v prihodnje.

**1. Spol** (obkrožite črko pred ustrezno trditvijo)

- a) Ženska
- b) Moški

**2. Starost** (na črto dopišite vašo starost v letih)

..... let

**3. Izobrazba** (obkrožite črko pred ustrezno trditvijo)

- a) Osnovnošolska izobrazba ali manj kot osnovnošolska izobrazba
- b) Srednješolska izobrazba
- c) Višješolska izobrazba ali visokošolska izobrazba
- d) Univerzitetna izobrazba

e) Magisterij ali doktorat

**4. Ali imate katerikoli dejavnik tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni (sladkorna bolezen, rak, srčno-žilne bolezni,...)?**  
(možnih je več odgovorov, obkrožite črko pred ustrezno trditvijo)

- a) Da
- b) Ne

**Katerega?** (obkrožite črko pred ustreznim odgovorom)

- a) Imam zvišan arterijski tlak
- b) Imam zvišan holesterol
- c) Imam zvišan krvni sladkor
- d) Imam preveliko telesno maso
- e) Imam slabe prehranske navade
- f) Sem kadilec/ka
- g) Popijem preveč alkoholnih pijač
- h) Sem premalo telesno aktiven
- i) Nimam nič od naštetega
- j) Imam druge težave oziroma bolezni (dopišite na črto):.....

**5. Kdo Vas je napotil oziroma Vam je predlagal udeležbo v današnji delavnici?** (dopišite na črto)

.....  
.....

**6. Vam je znano v katero delavnico ste napoteni?** (obkrožite črko pred ustrezno trditvijo in po potrebi dopišite odgovor na črto)

- a) Da,  
katero? (dopišite) .....
- b) Ne

**7. Poznate program CINDI? (obkrožite črko pred ustrezno trditvijo)**

- a) Da  
b) Ne

**8. Ste dobili dovolj informacij o programu, v katerega ste napoteni?**  
(ustrezno označite pred posamezno trditvijo)

	Nisem dobil/a informacij	Dobil/a sem premalo informacij	Dobil/a sem zadosti informacij	Dobil/a sem zelo veliko informacij
Od zdravnika				
Od medicinske sestre				
Drugo (dopišite): .....				

**9. Kako bi opredelili Vaš osebni cilj udeležbe v delavnici? (dopišite na črto)**

.....  
.....  
.....

**10. Kako bi ocenili pomembnost Vašega zastavljenega cilja, ki ste ga navedli pri prejšnjem vprašanju (številka 10.)?** (obkrožite ustrezno številko, ki za vas najbolj drži, kjer *1* pomeni *ni pomembno*, *5* pomeni *srednje pomembno*, *10* pomeni *zelo pomembno*)

popolnoma nepomembno      srednje pomembno      zelo pomembno  
1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

**11. Koliko ste prepričani, da boste dosegli zastavljen cilj?** (Obkrožite ustrezno številko, ki za Vas najbolj drži, kjer *1* pomeni *popolnoma neprepričan/a*, *5* pomeni *srednje prepričan/a*, *10* pomeni *zelo prepričan/a*, da bom dosegla cilj)

popolnoma neprepričan/a      srednje prepričan/a      zelo sem prepričan/a  
1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

**12. Kako bi ocenili Vašo pripravljenost, da dosežete osebni cilj, ki ste ga navedli pri prejšnjem vprašanju (številka 10.)?** (obkrožite ustrezno številko, ki za Vas najbolj drži, kjer *1* pomeni *popolnoma nepripravljen/a*, *5* pomeni *srednje pripravljen/a*, *10* pomeni *zelo pripravljen/a*)

popolnoma nepripravljen/a      srednje pripravljen/a      zelo pripravljen/a  
1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

**13. Pri vključitvi v CINDI delavnice je v največji meri vplivala spodbuda, nasvet:** (pred posamezno trditvijo ustrezno označite z oznako X)

	Ni vplivala	Delno je vplivala	Zelo je vplivala
Vaših domačih			
Prijateljev in znancev			
Osebnega zdravnika			
Medicinske sestre			
Sami			
Drugo (dopišite): .....			

**14. Ali se boste po zaključenih kratkih CINDI delavnicah vključili tudi v daljše CINDI delavnice?** (obkrožite črko pred ustrezno trditvijo)

- a) Da
- b) Ne
- c) Napoten/a sem le v krajše delavnice Programa svetovanje za zdravje

**Najlepše se Vam zahvaljujem za sodelovanje!**

**2. DEL VPRAŠALNIKA – PO KONČANIH KRATKIH DELAVNICAH**

**15. Ali ostaja Vaša odločitev za vključitev v nadaljevalne delavnice Programov svetovanja za zdravje enaka kot v začetku delavnic? Ste pripravljeni nadaljevati z delom tudi v daljših CINDI delavnicah – Zdrava prehrana, Šola zdravega hujšanja,...?** (obkrožite črko pred ustrezno trditvijo)

- a) Odločitev ostaja enaka, želim se vključiti v nadaljevalne delavnice
- b) Odločitev ostaja enaka, ne želim se vključiti v nadaljevalne delavnice
- c) Spremenil/a sem odločitev, želim se vključiti v nadaljevalne delavnice
- d) Spremenil/a sem odločitev, ne želim se vključiti v nadaljevalne delavnice
- e) Ne izpolnjujem pogojev za vključitev v nadaljevalne delavnice

**16. Kako bi ocenili pomembnost Vašega zastavljenega cilja, ki ste ga navedli pri prejšnjem vprašanju (številka 10.)?** (obkrožite ustrezno številko, ki za vas najbolj drži, kjer *1 pomeni ni pomembno*, *5 pomeni srednje pomembno* *10 pomeni zelo pomembno*)

popolnoma nepomembno      srednje pomembno      zelo pomembno  
1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

**17. Koliko ste prepričani, da boste dosegli zastavljen cilj?** (Obkrožite ustrezno številko, ki za Vas najbolj drži, kjer *1 pomeni popolnoma neprepričan/a*, *5 pomeni srednje prepričan/a*, *10 pomeni zelo prepričan/a*, da bom dosegla cilj)

popolnoma neprepričan/a      srednje prepričan/a      zelo sem prepričan/a  
1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10



**18. Kako bi ocenili Vašo pripravljenost, da dosežete osebni cilj, ki ste ga navedli pri prejšnjem vprašanju (številka 10.)?** (obkrožite ustrezno številko, ki za Vas najbolj drži, kjer *1 pomeni popolnoma nepripravljen/a*, *5 pomeni srednje pripravljen/a*, *10 pomeni zelo pripravljen/a*)

popolnoma nepripravljen/a      srednje pripravljen/a      zelo pripravljen/a  
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

**19. Ocenite v kolikšni meri za vas držijo naslednje trditve, ki so povezane z vašo vključitvijo v daljše CINDI delavnice, kjer 1 pomeni sploh se ne strinjam, 5 pa pomeni zelo se strinjam.**

		Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Neodločen	Se strinjam	Zelo se strinjam
1.	Želim si pridobiti novo znanje o zdravem življenjskem slogu.	1	2	3	4	5
2.	Motijo me moje razvade.	1	2	3	4	5
3.	Želim bolj zdravo živeti.	1	2	3	4	5
4.	Želim urediti svojo kronično nenalezljivo bolezen.	1	2	3	4	5
5.	Želim izvedeti odgovore na vsa moja vprašanja.	1	2	3	4	5
6.	Rad/a se učim.	1	2	3	4	5
7.	Zdravje postavljam na prvo mesto.	1	2	3	4	5
8.	Želim izvedeti vse o dejavnikih tveganja in kroničnih boleznih.	1	2	3	4	5
9.	Prepričali so me pozitivni odzivi tistih, ki so delavnice že obiskovali.	1	2	3	4	5

10	Prepričali so me plakati, zloženske,...	1	2	3	4	5
11	<b>Želel/a sem spoznati ljudi z podobnimi težavami in boleznim.</b>	1	2	3	4	5
12	Ker so delavnice brezplačne.	1	2	3	4	5
13	<b>Moj osebni zdravnik je veliko pripomogel, da se udeležim daljših CINDI delavnic.</b>	1	2	3	4	5
14	Medicinska sestra je veliko pripomogla, da se udeležim daljših CINDI delavnic.	1	2	3	4	5
15	<b>Menim, da sem po zaključenih kratkih CINDI delavnicah dovolj pripravljen/a, da se vključim v daljše CINDI delavnice.</b>	1	2	3	4	5
16	Želim shujšati.	1	2	3	4	5
17	<b>Želim spremeniti svoje prehranske navade.</b>	1	2	3	4	5
18	Želim izboljšati svoje gibalne navade.	1	2	3	4	5
19	<b>Želim prenehati kaditi.</b> Izpolnite, če ste kadilec/ka.	1	2	3	4	5

**20. Na kakšen način vas je medicinska sestra motivirala, da se udeležite delavnic? (obkrožite črko pred ustrezno trditvijo)**

- a) Z izobraževanjem, z vsebino predavanja, pogovorom
- b) S spodbujanjem
- c) Drugo

**21. Ali ste bili z vsebino predavanja, izvajalko predavanja in prostorom zadovoljni? (Pred posamezno trditvijo ustrezno označite z oznako X)**

	Da	Ne	Delno
Vsebina predavanja			
Izvajalka programa (medicinska sestra)			
Prostor izvajanja programa			
Dobljene zloženke, letaki,...			

**Najlepše se Vam zahvaljujem za sodelovanje!**

### **KRATEK TEST ZNANJA**

- 1. Ali poznate normalne vrednosti krvnega tlaka? (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)**

Normalna vrednost krvnega tlaka se giblje med (mm/Hg):

- a) 160/100 – 179/109
- b) 120/80 – 139/89

- c) 140/90 – 159/99
- d) Odvisna je od starosti
- e) Ne vem

**2. Ali poznate normalne vrednosti krvnega sladkorja? (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)**

Normalna vrednost krvnega sladkorja na tešče je (mmol/l):

- a) 6,1 – 6,9
- b) Manj kot 6,1
- c) Več kot 7,0
- d) Ne vem

**3. Ali poznate normalne vrednosti skupnega holesterola v krvi? (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)**

Normalna vrednost skupnega holesterola je (mmol/l):

- a) Manj kot 5,0
- b) 6,0 – 7,8
- c) Več kot 6,0
- d) Ne vem

**4. Kateri holesterol je dober holesterol HDL ali LDL? (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)**

- a) HDL
- b) LDL
- c) Ne vem

**5. Poznate Vaše vrednosti krvnega sladkorja, holesterola in arterijskega tlaka? (dopišite na črto)**

- a) Moj krvni sladkor je: .....
- b) Moj holesterol je: .....
- c) Moj arterijski tlak je: .....
- d) Ne vem

**6. Ali poznate dejavnike tveganja, ki vplivajo na nastanek bolezni srca in ožilja? (dopišite na črto)**

.....  
.....  
.....  
.....

**7. Ali veste kaj pomeni indeks telesne mase – okrajšava ITM ali BMI? (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)**

- a) Telesno maso človeka
- b) Višino človeka
- c) Stanje prehranjenosti
- d) Kaže na vrednost krvnega sladkorja in holesterola v krvi
- e) Ne vem

**8. Koliko je normalna vrednost indeksa telesne mase (ITM ali BMI)? (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)**

- a) ITM od 25 do 30
- b) ITM manj kot 18

- c) ITM od 20 do 25
- d) Ne vem

**9. Kolikšna je priporočena zmerna telesna vadba na teden?** (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)

- a) 5 krat na teden po (vsaj) 30 minut
- b) 1 krat na teden po 30 minut
- c) 3 krat na teden po 15 minut
- d) Ne vem

**10. Ali poznate meje manj tveganega pitja alkohola za ženske in moške?** (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)

Meja manj tveganega pitja alkohola za zdrave odrasle moške je:

- a) Ne več kot 0,5 litra vina ali 5 steklenic piva na dan
- b) Ne več kot 2 decilitra vina ali ena steklenica piva ali 2 štamperla (šilci) žgane pijače na dan
- c) Ne več kot 4 steklenice piva na dan
- d) Ne vem

Meja manj tveganega pitja alkohola za zdrave odrasle ženske (ki niso noseče in ne dojijo) je:

- a) Ne več kot 1 deciliter vina ali pol steklenice piva ali 1 štamperle (šilce) žgane pijače na dan
- b) Ne več kot 3 decilitre vina ali 1 steklenica piva ali 2 štamperla (šilca) žgane pijače na dan
- c) Ne več kot 0,5 litra vina ali 5 steklenic piva na dan
- d) Ne vem

**11. Ali kajenje povzroča bolezni srca in ožilja? (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)**

- a) Da
- b) Ne
- c) Delno
- d) Ne vem

**12. Kakšna je zgornja meja za zdrave še varno dnevno zaužite količine soli? (obkrožite pred izbranim odgovorom)**

- a) 8g soli dnevno
- b) 5g soli dnevno
- c) 15g soli dnevno
- d) Ne vem

**Najlepša hvala za sodelovanje!**

