



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**POMEN PATRONAŽNEGA  
ZDRAVSTVENEGA VARSTVA ZA ZDRAV  
ŽIVLJENJSKI SLOG**

**IMPORTANCE OF COMMUNITY NURSING  
FOR A HEALTHY LIFESTYLE**

Mentorica: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.    Kandidatka: Maja Tontić

Jesenice, december, 2017

## **ZAHVALA**

Najprej bi se zahvalila mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred. za usmeritve, potrpežljivost ter strokovne nasvete pri pisanju diplomskega dela. Hvala za vso podporo in prijaznost.

Hvala recenzentkama, izr. prof. dr. Maji Sočan in Zdenki Kramar, pred., za pregled diplomskega dela in strokovne usmeritve.

Hvala vodstvu Zdravstvenega doma Ljubljana, ki mi je omogočila izvedbo raziskave, in vsem diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu, ki so sodelovale pri izvedbi.

Posebno zahvalo pa si zaslužijo moja družina in prijatelji, ki so me v času študija in pri nastajanju diplomskega dela spodbujali ter mi potrpežljivo stali ob strani in verjeli vame.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu svetuje o zdravem načinu življenja ter opozarja na dejavnike tveganja, ki lahko ogrozijo zdravje. Posameznikom in družinam pomaga pri spopadanju z boleznijo in ohranjanju kakovosti življenja kljub bolezni.

**Cilji:** Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti stališča o zdravju in življenjskem slogu posameznikov in predstaviti vlogo zdravstveno-vzgojnega delovanja diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu na osnovi posameznikovih izkušenj.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na kavzalno-neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom in tehniko anketiranja. V raziskavi je sodelovalo 90 posameznikov (60 % realizacija vzorca), ki so bili na domu deležni obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu z zdravstveno vzgojno vsebino in svetovanjem. Za analizo rezultatov je bil uporabljen program SPSS Statistic 22.0. Za ugotavljanje statistično značilnih razlik smo uporabili t-test in ANOVO. Za ugotavljanje statistično pomembnih povezav smo uporabili Pearsonov koeficient korelacij.

**Rezultati:** V raziskavi smo ugotovili, da posamezniki zdravje postavljajo na prvo mesto (PV = 3,98, SO = 0,95) in so motivirani za spremembo življenjskega sloga, saj so izrazili željo po novem znanju ( $r = 0,74$ ,  $p = 0,00$ ). Po zdravstveno-vzgojnem obisku diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so anketiranci največje spremembe naredili na področju gibanja (PV = 3,50, SO = 1,06) in prehranjevanja (PV = 3,46, SO = 1,18). Moški anketiranci so statistično pomembno večje spremembe naredili na področju kajenja ( $t = 2,326$ ,  $p = 0,022$ ) in pitja alkoholnih pijač ( $t = 2,677$ ,  $p = 0,009$ ). Zadovoljstvo z obravnavo in preventivnim obiskom na domu ocenjujejo pozitivno (PV = 4,19, SO = 0,85). Najmanj so zadovoljni s časom, ki jim je bil namenjen (PV = 4,00, SO = 1,13). Obisk doživljajo kot koristen (PV = 4,56, SO = 0,66).

**Razprava:** Rezultati raziskave kažejo na pomembnost preventivnega delovanja in vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, saj anketirancem ponovni obisk z zdravstveno-vzgojnimi nasveti o načinu življenja za zdrav življenjski slog, ohranjanju zdravja in obvladanju bolezni predstavlja pomembno motivacijo za

spremembo življenjskega sloga. Podobne raziskave bi bile potrebne na širšem področju Slovenije.

**Ključne besede:** življenjski slog, diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu, motivacija, zdravstvena vzgoja

## SUMMARY

**Introduction:** Community health nurses advise people about healthy lifestyle and warns about the risk factors that may endanger health. They also help individuals as well as their families in facing and coping with chronic illness and help include families into treatment. Furthermore, they help them maintain the quality of life despite chronic disease.

**Aims:** The aim of the present study was to establish the attitudes about individuals' health and lifestyle and to present the educational role of a registered nurse in community healthcare, based on participants' experience.

**Methods:** The study is based on the causal-nonexperimental quantitative method of empirical research. A structured questionnaire was used for gathering data. 90 individuals (60 % sample response rate) participated, based on their "education and advice" at-home experience with a registered nurse in community healthcare. Data analysis was performed using SPSS 22.0. T- Test and ANOVA were used to determine statistically significant differences. Additionally, correlations were established based on Pearson correlation coefficient.

**Results:** We found out that individuals rank health as their top priority (PV=3.98, SO=0,95) and are motivated to change their lifestyle by expressing desire for new knowledge ( $r=0.74$ ,  $p=0,00$ ). After a health education-related visit by a registered nurse, the participants made the biggest changes in the fields of physical activity (PV=3.50, SO=1,06) and eating (PV=3.46, SO=1,18), additionally, men achieved statistically significant differences in smoking cessation ( $t=2,326$ ,  $p=0.022$ ) and reducing the consumption of alcoholic beverages ( $t=2,677$ ,  $p=0.009$ ). overall, the satisfaction with treatment and preventive visits at home was rated positively (PV=4.19, SO=0,85). The participants were the least satisfied with the time available for the home visit (PV=4.00, SO=1,13). Mostly, participants graded the home visits as beneficial (PV=4.56, SO=0,66).

**Discussion:** The results of the study show the importance of preventative action and the community health nurse. The participants appreciated the follow-up visit of a nurse with health education tips on healthy lifestyle, health preservation and disease management.

These tips are also an important motivation for a lifestyle change. Further research in this field is needed Slovenia-wide.

**Key words:** lifestyle, community health nurse, motivation, health education

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>3</b>
2.1	ŽIVLJENJSKI SLOG .....	3
2.1.1	Dejavniki tveganja .....	3
2.1.2	Razširjenost kronično nenalezljivih bolezni .....	4
2.1.3	Staranje prebivalstva – demografski podatki .....	5
2.2	PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO.....	5
2.3	VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V PATRONAŽNEM VARSTVU ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG.....	6
2.3.1	Promocija zdravja in zdravstvena vzgoja.....	7
2.3.2	Vzpostavitev partnerskega odnosa in komunikacija.....	7
2.3.3	Spodbujanje samooskrbe .....	8
2.3.4	Uporaba motivacijskega intervjuja .....	9
2.3.5	Lastna motivacija posameznika za spremembo življenjskega sloga	10
2.3.6	Družina.....	12
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>13</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	13
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	13
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	14
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	14
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	14
3.3.3	Opis vzorca .....	15
3.3.4	Metode obdelave podatkov .....	17
3.4	REZULTATI .....	18
3.5	RAZPRAVA.....	27
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	
6.1	INSTRUMENT	

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Sklopi vprašanj – vrednost Cronbachovega koeficienta alfa.....	15
Tabela 2: Opis vzorca.....	16
Tabela 3: Stališča o zdravju in življenjskem slogu glede na starost anketirancev .....	18
Tabela 4: Stališča o zdravju in življenjskem slogu glede na spol anketirancev .....	19
Tabela 5: Doživljanje obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu glede na spol anketirancev.....	20
Tabela 6: Ocena koristnosti nasvetov diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu glede na starost anketirancev .....	21
Tabela 7: Spremembe vedenj na podlagi zdravstvene vzgoje o zdravem življenjskem slogu glede na spol anketirancev .....	22
Tabela 8: Dodatna motivacija anketirancev za spremembo življenjskega sloga.....	23
Tabela 9: Zadovoljstvo s preventivnim obiskom z zdravstveno-vzgojno vsebino diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu glede na spol anketirancev.....	24
Tabela 10: Povezanosti z željo po spremembi življenjskega sloga .....	25
Tabela 11: Povezanosti s trditvijo »Zdravje postavljam na prvo mesto«.....	26



## **SEZNAM KRAJŠAV**

WHO            World Health Organization

## 1 UVOD

Zdravje je ena najpomembnejših vrednot v življenju ljudi. Opredeljeno kot splošna vrednota in osnova za produktivno in kakovostno življenje vsakega posameznika (Bahun, 2011). Oremova (2001, pp. 182-183) zdravje razlaga kot »stanje človeka, ki deluje celovito in optimalno, kot psiho-fizično, socialno in duhovno bitje. Zdravju dodaja še dobro počutje, ki je tesno povezano z njegovim zadovoljstvom in srečo. Enači Ljudje v vsakdanjem življenju oblikujejo svoje vzorce vedenja, kar imenujemo življenjski slog. Ta prispeva k duševnemu, duhovnemu in telesnemu zdravju posameznika, s tem pa tudi h kakovosti življenja. Tvegano vedenje razumemo kot izbiro posameznika (Gabrijelčič Blenkuš, 2010). Glavni dejavniki tveganja vedenjskega sloga za kronično nenalezljive bolezni so: nezdrava prehrana, nezadostna telesna dejavnost, izpostavljenost tobaku, škodljiva raba alkohola in stres (Tomšič & Orožen, 2012).

Z zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja posameznik pridobi znanje o zdravem načinu življenja in škodljivosti razvad za zdravje. Na osnovi pridobljenega znanja lahko razmišlja o spremembi tveganega vedenja. Naidoo in Wills (2009 cited in Bahun, 2011, p. 363) navajata, »da ima diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu ključno vlogo pri izvajanju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje v družini in skupnosti, saj je dlje časa v stiku z njimi in vzpostavi globlji stik,« najpogosteje v trenutkih, ko so posamezniki najbolj dovzetni in motivirani za spremembo vedenja in življenjskega sloga.

Anderluh (2015) navaja, da z motivacijskim intervjujem pacienta lahko usmerimo v spremembo njegovega vedenja na vseh področjih, kot je skrb za zdravje ali izboljšanje vodenja bolezni. S pogovorom in empatičnim ter razumevajočim odnosom zdravstveni delavec usmerja pacienta do odločitve, da spremeni svoje vedenje.

Yamada, et al. (2010) so v svoji raziskavi prišli do spoznanja, da na pozitivne spremembe vedenja posameznikov, ki so bili deležni preventivnih obiskov diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, vplivajo medsebojni odnos in sodelovanje ter motivacijski pogovori. Najpomembnejši elementi medsebojnega odnosa in sodelovanja

so komunikacijske spretnosti in krepitev motivacije, strokovnost, ki vključuje ustrezna navodila na podlagi dokumentiranega znanja v zdravstvu in na socialnem področju ter praktični ukrepi, ki pomenijo takojšen konkreten odziv na ugotovljene potrebe ali težave.

S partnerskim odnosom skušamo motivirati pacienta in ga pritegniti k sodelovanju, da prevzame aktivno vlogo v procesu zdravstvene nege, vključno s prepoznavanjem in reševanjem problemov. Tak proces poteka, če je med medicinsko sestro in pacientom vzpostavljen zaupen odnos (Štromajer & Klančar, 2009). »Spoštovanje spodbuja in odraža občutek dostojanstva, varnosti, intimnosti, zaupanja, razumevanja in empatije, tako da je pacient, ki je spoštovan in informiran, v stanju, da lahko sprejema svoje lastne odločitve.« (Pajnikihar & Harih, 2011, p. 553).

Sholz, et al. (2008) v svoji raziskavi pokaže, da je motivacija za spremembo vedenja pri posamezniku proces, ki nastaja skozi daljše časovno obdobje, in da v tem času potrebuje veliko spodbud in podpore iz okolja.

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu pri svojem delu velikokrat ne more potegniti jasne meje med obravnavo posameznika in njegove družine (Krajnc, 2012). McGinnes, et al. (2010) poudarjajo, da je ena od vlog diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, da opazuje pacienta in njegove družinske interakcije ter njihov vpliv na napredek. Medsebojni odnosi v družini in odnos družine do pacienta imajo neposreden vpliv na dosežen napredek pacienta v času zdravljenja.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 ŽIVLJENJSKI SLOG

Življenjski slog je značilen način življenja, ki je opredeljen s skupino prevladujočih vedenj, ki se pojavljajo v nekem časovnem obdobju. Obsega najrazličnejša področja življenja, z njimi povezana stališča, vedenje in vrednote vsakega posameznika. Vsebuje lahko zdravju škodljiva in zdravju blagodejno usmerjena vedenja. Neškodljiva vedenja pomagajo človeku ohranjati in krepiti zdravje ter kakovostnejše življenje (Novak, 2010).

#### 2.1.1 Dejavniki tveganja

Dejavniki tveganja so odraz našega življenjskega sloga. Nanje lahko vplivamo v tolikšni meri, da v najboljšem primeru lahko preprečimo kronično nenalezljivo bolezen. Med dejavnike tveganja uvrščamo nezdravo prehrano, premalo telesne dejavnosti, zlorabo tobaka, pretirano pitje alkoholnih pijač in stresne situacije. Za uspešno obvladanje razširjenosti in nastanka kronično nenalezljivih bolezni moramo poznati dejavnike tveganja. Z dobrim poznavanjem dejavnikov tveganja lahko ciljno usmerimo zdravstveno-vzgojno delovanje in tako preprečimo njihov nastanek ali pa začetek bolezni odložimo v kasnejše življenjsko obdobje (Tomšič & Orožen, 2012).

Način prehranjevanja je povezan z zdravjem. Deluje lahko kot varovalni dejavnik, ki zdravje krepi, ali pa kot dejavnik tveganja, ki zdravje ogroža. K pojmu prehranjevanja spadajo tudi pravilna izbira in priprava živil, razporejenost od tri do pet dnevni obrokov ter energijska vrednost zaužite hrane. Opravljene raziskave kažejo, da naj bi nezadostno uživanje sadja in zelenjave povzročilo 31 % ishemične bolezni srca ter 19 % raka na prebavilih. Čezmeren vnos soli in uživanje maščob vplivata na povišan krvni tlak ter hkrati tudi na nastanek različnih kronično nenalezljivih bolezni. Nezdave prehranjevalne navade lahko obvladamo z zdravim življenjskim slogom (Hlastan Ribič, et al., 2012).

Po priporočilih World Health Organization (WHO, 2010) bi moral odrasli posameznik v celotnem tednu narediti vsaj 150 minut zmerno intenzivne vadbe ali 75 minut intenzivne vadbe. Priporočila veljajo tudi za starejšo populacijo, s tem, da upoštevajo svoje zmožnosti. Po podatkih WHO (2010) je telesna nedejavnost opredeljena kot četrti vodilni dejavnik tveganja za umrljivost in ocenjena kot glavni vzrok približno 21–25 % bremena raka, 27 % diabetesa in približno 30 % ishemične bolezni srca.

Uporaba tobaka je velik javnozdravstveni problem pri nas in v svetu. V Sloveniji je kajenje tobaka med dejavniki tveganja najpomembnejši preprečljivi dejavnik tveganja za smrt in izgubljena zdrava leta življenja zaradi prezgodnje smrti in manjzmožnosti. Rabi tobaka pripisujemo 19 % vseh smrti pri Slovencih, starih 30 let ali več (Koprivnikar, 2012).

Škodljiva raba alkohola se uvršča med pet največjih dejavnikov tveganja za nastanek bolezni, invalidnosti in smrti po vsem svetu. Povezujejo jo z več kot 200 bolezenskimi stanji. »V Sloveniji smo imeli leta 2014 804 smrti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov smrti, več kot polovica primerov je umrla pred svojim 65. letom starosti« (Lovrečič, et al., 2016, pp. 6-21).

Dlje časa trajajoč negativni stres brez sprostitve in težave z obvladanjem stresa predstavljajo enega ključnih dejavnikov za slabšanje zdravstvenega stanja posameznika in s tem povečajo tveganje za nastanek številnih bolezni ali njihovega poslabšanja. V Sloveniji je leta 2012 potekala raziskava o doživljanju stresa. Približno 26 % vprašanih stres doživlja zelo pogosto in ima težave z njegovim obvladanjem (Bajt, et al., 2014).

### 2.1.2 Razširjenost kronično nenalezljivih bolezni

Kronično nenalezljive bolezni so resna grožnja našemu zdravju. Po podatkih WHO (2014) v Sloveniji letno beležimo 19.000 smrtnih primerov, od tega jih 88 % umre zaradi kronično nenalezljivih bolezni. Največ ljudi umre zaradi srčno žilnih bolezni, kar 38 %, sledijo jim rakava obolenja s 33 %, zaradi ostalih kronično nenalezljivih bolezni umre 13 % ljudi, zaradi kronično respiratornih bolezni 3 % in 1 % zaradi sladkorne

bolezni. Če pogledamo podatke naših sosednjih držav, na Hrvaškem smrti zaradi kronično nenalezljivih bolezni od vseh smrtnih primerov skupaj letno pripisujejo 93 %, v Avstriji 92 %, v Italiji 92 % ter na Madžarskem 93 %. V razvitejših državah tega sveta je visoko število smrti zaradi kronično nenalezljivih bolezni. V državah afriške celine vrednosti niso tako visoke; v Somaliji je namreč vzrok smrti zaradi kronično nenalezljivih bolezni 19 %.

### 2.1.3 Staranje prebivalstva – demografski podatki

Da je staranje prebivalstva in podaljševanje življenjske dobe velik javno zdravstveni problem pri nas in v svetu, dokazuje dejstvo, da imata v Evropski uniji dve tretjini ljudi, starejših od 65 let, vsaj dve kronično nenalezljivi bolezni (European Union Health Policy Forum, 2012 cited in Anon., 2015 p. 9). Z zmanjšanjem števila rojstev in naraščanjem števila oseb, starih 65 let ali več, se srečujemo tudi mi, saj je bilo v Sloveniji leta 2001 starejših od 65 let 14,3 %, v letu 2015 pa 18,2 %. Leta 2055 naj bi bilo v tej starostni skupini skoraj 30 % prebivalcev Slovenije (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015a).

## 2.2 PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

Zdravstveno varstvo prebivalcev je eden najpomembnejših odločilnih dejavnikov zdravja prebivalstva posamezne države, za katerega skrbijo sistemi zdravstvenega varstva. To je opredeljeno je kot »sistem družbenih, skupinskih in osebnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni in zgodnje odkrivanje bolezni, njeno pravočasno zdravljenje ter nego in rehabilitacijo obolelih in poškodovanih« (Zaletel Kragelj, et al., 2007, p. 168).

Raziskave kažejo, da bi s primarno preventivo preprečili 80 % kronično nenalezljivih bolezni, predvsem bolezni srca in ožilja (Kumanan & Rudiger, 2011).

Primarno zdravstveno varstvo vključuje patronažno zdravstveno nego, ki obsega obravnavo posameznika in njegove družine. Je posebna oblika zdravstvene nege, ki se

izvaja na pacientovem domu, terenu, zdravstvenem domu in v lokalni skupnosti (Zavrl Džananović, 2010).

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu in deluje na vseh področjih dela. Izvajanje preventivnega programa je njena pomembna naloga, saj z izvajanjem preventive prispeva k varovanju zdravja in preprečevanju bolezni celotne populacije (Zavrl Džananović, 2010).

Preventivno dejavnost izvaja samostojno in po lastni presoji. Pri tem se opira na Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Stroka stremi k temu, da bi preventivna dejavnost obsegala 40 % celotnih storitev, v praksi pa zadnjih deset let opazamo 15 % znižanje števila preventivnih in 9 % povečanje kurativnih obiskov na domu (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015b).

Vodopivec Jamšek (2013) poudarja, da je poleg preventivnih ukrepov za celotno populacijo, ki so usmerjeni v zmanjševanje dejavnikov tveganja, pomembno tudi preventivno delo in izboljšanje zdravstvene oskrbe kroničnih pacientov, saj s tem zmanjšamo škodljive učinke kronično nenalezljivih bolezni.

### **2.3 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V PATRONAŽNEM VARSTVU ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG**

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je član negovalnega in zdravstvenega tima. Po potrebi sodeluje s socialnimi delavci, negovalno službo in drugimi organizacijami. Njena temeljna vloga je spodbujanje zdravega načina življenja in izobraževanje posameznikov, da skrbijo sami zase. Prav tako nudi podporo posameznikovi družini, s poučevanjem zdravstvene nege ter prepoznavanjem njihovih potreb (Robinson, 2011).

### 2.3.1 Promocija zdravja in zdravstvena vzgoja

Promoviranje zdravja in izvajanje zdravstvene vzgoje je v kompetencah diplomirane medicinske sestre navedeno na prvem mestu. Primarna raven je idealno okolje za promocijo zdravja, ki pogosto predstavlja prvi stik posameznika, družine ali skupnosti z zdravstvenim sistemom. Na sekundarni ravni pa se medicinska sestra največkrat srečuje z zdravstveno vzgojo, in ne toliko s promocijo zdravja, saj se srečujejo z bolnimi in zdravljenimi posamezniki (Merrell, 2010 cited in Bahun, 2011, pp. 363-364).

Promocija zdravja posamezniku ali skupini omogoča, da poveča nadzor nad lastnim zdravjem, ga ohranja in krepi. Njen cilj je s pomočjo ozaveščanja prebivalcev zmanjšati število ljudi z nezdravim življenjskim slogom ter doseči boljše zdravje, ki je ena od osnovnih potreb posameznika in za večino ljudi najvišja vrednota v življenju (Bilban, 2010).

Zurc, et al. (2010, p. 52) zdravstveno vzgojo opredeljuje kot strokovno in znanstveno disciplino, ki predstavlja »proces učenja o zdravju z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad in vedenj zdravega življenjskega sloga«. Z zdravstveno vzgojo spodbujamo posameznika, da skrbi za lastno zdravje, razvije vedenjske vzorce za zdrav način življenja in spremeni zdravju škodljiv življenjski slog. Avtorice tudi poudarjajo, da zdravstvena vzgoja po svoji vlogi presega promocijo zdravja, ker ni omejena samo na širjenje znanja o zdravem načinu življenja, ampak ima poslanstvo v spreminjanju posameznikovega vedenja. Kadivec (2011, p. 20) navaja, da je »svetovanje, učenje, praktični prikaz, preverjanje znanja in motiviranje pacientov in njihove družine vloga izvajalcev zdravstveno vzgojnih vsebin«.

### 2.3.2 Vzpostavitev partnerskega odnosa in komunikacija

»Odnos med medicinsko sestro in pacientom je profesionalne narave, pa vendar človeški v katerega se vpletajo čustva medicinske sestre in pacientova čustva, izkušnje, lastnosti, pričakovanja in strahovi« (Staričević, 2011, p. 55). Ta temelji na osnovah komunikacije in vključenosti pacienta v proces zdravstvene nege kot enakovrednega



partnerja. Coppabianica, et al. (2009) v raziskavi poudarja, da je treba upoštevati pacientove potrebe in želje, saj vplivajo na razvoj in oblikovanje primarnega odnosa z njim.

Diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu je komunikacija velik izziv pri njenem delu, saj prihaja k pacientu na dom in je njegov gost. Komunikacijske veščine so ene izmed pomembnejših dejavnikov kakovostne zdravstvene nege, zato je pomemben prvi stik s pacientom in svojci. »Terapevtska komunikacija, ki temelji na spoštovanju, zaupanju, empatiji ter profesionalnosti, je vodilo dobremu terapevtskemu odnosu in kakovostni zdravstveni oskrbi« (Ramšak Pajk, 2011, p. 653). Veščine dobre terapevtske komunikacije so: aktivno poslušanje, pojasnitev, tolažba, pozornost, odkritost, informiranje, pogovarjanje, ponavljanje, refleksija, povzemanje, svetovanje in tišina (Ivanuša & Železnik, 2008, p. 43).

Pomembne sestavine učinkovite komunikacije so samozavest, sočutje, odkritost in spoštovanje. Medicinski sestri pri dobri komunikaciji pomagajo tudi obvladanje nebesedne drže, kultura in izkušnje. Pomembno je, da je svetovalec pacientu, gradi zaveznitvo z njim in ohranja njegovo avtonomijo. Terapevtska komunikacija pacientu omogoča pozitivne izkušnje (Ivanuša & Železnik, 2008). Zelo pomembna je tudi komunikacija med diplomirano medicinsko sestro in družino. Med pogovorom z družino pacienta pridobi potrebne informacije, spodbuja zdravje ter preprečuje in lajša trpljenje (Benzein, et al., 2008).

### 2.3.3 Spodbujanje samooskrbe

Zavrl Džananović (2010, p. 117) navaja, da je poglobitni cilj diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu tudi »vzpodbujati in razvijati samooskrbo posameznika ter zagotavljati pogoje, da posameznik, družina in skupnost ohranijo svoje zdravje in zmanjšajo možnosti za poslabšanje bolezni«.

»Sposobnost samooskrbe je zmožnost in sposobnost človeka, da zadovoljuje svoje potrebe po samooskrbi. Kadar je samooskrba učinkovita, pomaga vzdrževati strukturno

integriteto človeka in mu omogoča normalno delovanje in razvoj. Na sposobnost samooskrbe vplivajo starost, spol, stopnja razvoja, zdravstveno stanje, sociokulturni dejavniki, zdravstveni sistem, družina in življenjski slog« (Hajdinjak & Meglič, 2012, p. 273-289).

Oremova samooskrbo razlaga kot »hoteno in naučeno aktivnost, ki jo človek razvija in izvaja v lastnem interesu, da vzdržuje življenje, zdravje in dobro počutje« (Hajdinjak & Meglič, 2012, pp. 273-289).

Izhodišče dela diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je v vsebini in filozofiji modelov zdravstvene nege. Model Dorothee E. Orem temelji na stopnji samooskrbe posameznika. Diplomirana medicinska sestra posameznika spremlja, mu svetuje, deluje vzgojno in podporno ter s tem posamezniku omogoča, da vzdržuje in izboljša svoje zdravje ali sprejme stanje bolezni in kljub omejitvam živi normalno in samostojno življenje (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Dorothea Orem je bila rojena leta 1914 v Baltimoru, v Združenih državah Amerike. Po končani diplomji je postala medicinska sestra, kasneje pa je znanje nadgradila z doktoratom znanosti iz zdravstvene vzgoje na Katoliški univerzi Amerike. V svoji bogati poklicni karieri je delala kot medicinska sestra v bolnišnici, delovala na ambulantnem področju, bila svetovalka za zdravstveno nego in izredna profesorica. Svoj model samooskrbe je prvič objavila leta 1959 in ga skozi naslednja desetletja vse bolj izpopolnjevala (Sitzman & Wright Eichelberger, 2011).

#### 2.3.4 Uporaba motivacijskega intervjuja

Motivacijski intervju je način vodenja pogovora, ki je usmerjen v krepitev človekove motivacije in odločitve za spremembo. Gre za »obliko svetovanja, ki je usmerjena na osebo in prek besednega izražanja usmerja razmišljanje posameznika v smer odločitve za spremembo določenega vedenja« (Anderluh, 2015, p. 39).

Da kot zdravstveni delavec pomagamo posamezniku pri spremembi vedenja, vzpostavimo enakovreden in spoštljiv odnos. V pogovoru izražamo naklonjenost in empatijo ter spoštujemo posameznikova čustva in vrednote. Pri uporabi motivacijskega intervjuja smo osredotočeni na posameznika in upoštevamo načela motivacijskega intervjuja. Načela motivacijskega intervjuja nas usmerjajo v vsebino pogovora in način, kako se pogovarjamo s pacienti. Pri načelu izražanja empatije in veščin poslušanja pacientu z zrcaljenjem pokažemo, da ga poslušamo in razumemo njegovo težavo. Uporabljamo odprta vprašanja, ki zahtevajo več razmisleka. Drugo načelo je razvijanje neujemanja med željo in cilji pacienta, ki si jih želi doseči, in med tem, kar počne. Kot zdravstveni delavci smo spoštljivi in ne obsojamo pacienta. V fazi, ko pacient doživlja odpor proti spremembi, tretje načelo izraža, kako se odzivamo na njegove odpore. Pomembno je, da se ne odzovemo s prepričevanjem in odpor poskušamo razumeti tako, da poudarimo težavo in ne pacienta. Zadnje načelo je opogumljanje pacienta, da je sprememba mogoča in da verjame, da jo lahko izpelje (Anderluh, 2015).

Pristop motivacijskega intervjuja se je izkazal za uspešnega pri doseganju vedenjskih sprememb na različnih področjih. Karlsen, et al. (2013) v svoji raziskavi dokazuje uspešnost motivacijskega intervjuja v programu hujšanja žensk s čezmerno telesno težo. Rezultati raziskave kažejo, da so ženske, ki so bile deležne motivacijskega pogovora pred začetkom hujšanja in med hujšanjem, dosegle večjo izgubo telesne teže.

Diplomirane medicinske sestre v primarnem zdravstvenem varstvu, ki so pri svojem delu uporabljale motivacijski intervju, navajajo, da jim je to olajšalo delo s pacienti, saj je izboljšalo njihove sposobnosti za pomoč in motivacijo pacientov in s tem okrepilo medsebojni odnos (Östlund, et al., 2015).

### 2.3.5 Lastna motivacija posameznika za spremembo življenjskega sloga

Pri spreminjanju nezdravega vedenja in življenjskega sloga ne gre brez lastne motivacije posameznika.

Mlinick in Rolnick (n.d., cited in Anderluh, 2015, p. 39) motivacijo opredeljujeta kot »stanje pripravljenosti za spremembo vedenja«. Motivacija ni stabilen pojav, ampak dinamično stanje, sestavljeno iz različnih faz.

Če posamezniku želimo pomagati k spremembi njegovega vedenja, moramo poznati faze motivacijskega ciklusa. Posameznik na vsaki stopnji doživi različne občutke in misli ter ugotavlja, da mu različne dejavnosti pomagajo pri napredovanju. V fazi nezavedanja ne razmišlja o spremembi vedenja in ne vidi težave. Ko se začne zavedati potrebe po spremembi vedenja in niha med potrebo po spremembi vedenja in ohranjanju obstoječega vedenja, je v fazi razmišljanja. Takrat tehta koristi in napore, ki jih bo prinesla sprememba. Ko se odloči, da je sprememba potrebna, je v fazi sprejemanja odločitve. V fazi akcije začne izvajati spremembe svojega problematičnega obnašanja, saj verjame vase in dosegljivost zastavljenega cilja. Aktivnemu obdobju spreminjanja vedenja sledita faza vzdrževanja spremembe in njeno utrjevanje v vsakdanjem življenju. Če ne pride do utrditve novega vzorca vedenja in ponovitev vedenja, ki ga je posameznik želel spremeniti, to sprejmemo kot eno od faz motivacijskega ciklusa (Anderluh, 2015).

Večini ljudi v prvem poskusu spreminjanja svojega vedenja ne uspe vzdržati spremembe. Ponovno vključevanje v proces spreminjanja vedenja je zelo pogosto (Kopčavar Guček, 2007). Burke, et al. (2003) ugotavlja, da težava največkrat ni v tem, da ljudje ne vidijo rešitve, temveč v tem, da ne vidijo težave. Zato so ovire, ki se pojavljajo v procesu spreminjanja razvad posameznika, odvisne od posameznika in od v procesu spreminjanja, v katerem je posameznik.

V raziskavi, kjer diplomirane medicinske sestre govorijo o svojih izkušnjah z izvajanjem primarne preventive, navajajo, da je spreminjanje življenjskega sloga dolgoročen proces in da je za to potreben več kot en obisk. Poudarjajo tudi, da je v stiku s pacientom treba ostati še nekaj časa po tem, ko doseže cilj ali spremni svoje tvegano vedenje (Brobeck, et al., 2011).

### 2.3.6 Družina

Subjekt obravnave diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu ni samo posameznik, ampak tudi njegova družina. Henriques Simões (2009) navaja, da ima medicinska sestra poleg priprave in spremljanje pacienta tudi odgovornost do njegove družine ali negovalca, ki ga neguje. Pri svojem delu se srečuje z družinami v različnih razvojnih obdobjih in okoljih. V družino vstopa kot tujka, zato je zelo pomemben odnos, ki ga vzpostavi z družino. Odnos temelji na poslušanju, zaupanju družinskim članom in njihovim odločitvam (Beam, et al., 2010). V vlogi učiteljice, informatorke, vzgojiteljice in svetovalke zagotavlja informacije, ki so družini pomembne, svetuje pri razumevanju trenutne življenjske situacije, jih spodbuja in nudi oporo (Ramšak Pajk, 2012). Prilagajati se mora potrebam in razmeram posameznika ali družine in na osnovi ugotovljenega stanja pripraviti načrt zdravstvene nege. Dejavnosti so usmerjene v pospeševanje, ohranjanje in krepitev zdravja, preprečevanja bolezni in dejavnikov tveganja kot tudi povrnitev zdravja (Zavrl Džananovič, 2010).

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti vlogo zdravstveno-vzgojnega delovanja diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu na osnovi posameznikovih izkušnjah.

Cilji diplomskega dela:

C 1: Ugotoviti, kakšen odnos do zdravja in življenjskega sloga imajo posamezniki.

C 2: Ugotoviti, v kolikšni meri so se posamezniki odločili za spremembo vedenja po zdravstveno-vzgojnem delu diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

C 3: Ugotoviti, kako posamezniki doživljajo obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

C 4: Ugotoviti, kateri zdravstveno-vzgojni nasveti diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so bili za posameznike koristni.

C 5: Ugotoviti zadovoljstvo posameznikov z nudeno zdravstveno vzgojo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane tuje in domače literature ter zastavljenih ciljev smo razvili naslednja raziskovalna vprašanja:

RV 1: Kako posamezniki ocenjuje svoje zdravje in življenjski slog?

RV 2: Katere so spremembe vedenja posameznikov po zdravstveno-vzgojnem delu diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu?

RV 3: Kako posamezniki doživljajo obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu?

RV 4: Kateri zdravstveno-vzgojni nasveti diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so bili koristni za posameznike?

RV 5: V kolikšni meri so posamezniki zadovoljni z nudeno zdravstveno vzgojo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kavzalno-neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Podatke smo zbrali s strukturiranim vprašalnikom s tehniko anketiranja. Za teoretični del diplomskega dela smo pregledali strokovno in znanstveno literaturo iz domačega in tujega okolja. Literaturo smo iskali s pomočjo tujih bibliografskih baz, kot so Medline, CINAHL, PubMed in Springer Link. Za iskanje slovenske literature smo uporabili vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov (COBBIS:SI). Ključne besede pri iskanju literature v slovenskem jeziku so bile: življenjski slog, diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu, zdravstvena vzgoja, motivacija; v angleškem jeziku pa: lifestyle, community health nurse, health education, motivation.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za pridobivanje podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik, ki smo ga, ker nismo našli standardiziranega vprašalnika, oblikovali sami, glede na pregled literature ter cilje in namen diplomskega dela. Dodatno gradivo za sestavo vprašalnika smo črpali iz dokumentacije Zdravstvenega doma Ljubljana (Ramšak Pajk, et al., 2016). Vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop vprašanj je zajemal demografske podatke, kot so spol, starost in izobrazba. Nato so sledila vprašanja zaprtega tipa o prisotnosti kronično nenalezljive bolezni in kajenju. Drugi sklop vprašanj je zajemal stališča o zdravju in življenjskem slogu, doživljanju obiska, oceni koristnosti zdravstveno-vzgojnih nasvetov z možnostjo pripisa lastnega mnenja, spremembi vedenja po zdravstveni vzgoji in motiviranosti po obisku diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Tretji sklop je zajemal trditve o zadovoljstvu z zdravstveno-vzgojnim delom diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Anketiranci so trditve ocenjevali po petstopenjski Likertovi lestvici stališč. Posamezne vrednosti te lestvice so bile definirane z ocenami od 1 do 5, kjer je 1 pomenila, da se z navedeno trditvijo sploh ne strinjajo, 2 – se ne strinjajo, 3 – so neopredeljeni, 4 – se strinjajo in 5 – se zelo strinjajo.

Zanesljivost merskega instrumenta smo preverjali s Cronbachovim koeficientom alfa. Mera zanesljivosti je definirana na intervalu od 0 do 1 (0,1). Za zanesljivost instrumenta velja, da je zanesljivost zelo dobra, če je vrednost od 0,80 do 1; zmerna pri vrednosti 0,60 do 0,80 in slaba pri vrednosti manj od 0,60 (Cenčič, 2009).

**Tabela 1: Sklopi vprašanj – vrednost Cronbachovega koeficienta alfa**

Sklopi vprašanj	Število postavk	Cronbach alfa
stališča o zdravju in življenjskem slogu	9	0,677
doživljanje obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v okviru zdravstveno-vzgojnega dela	5	0,703
koristnost zdravstveno vzgojnih nasvetov	8	0,824
sprememba vedenja po zdravstveni vzgoji	5	0,722
dodatna motivacija za spremembo življenjskega sloga	6	0,854
zadovoljstvo z zdravstveno-vzgojnim delom diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu	7	0,914
skupaj	40	0,874

Iz tabele 1 je razvidno, da je zanesljivost vsebinskih sklopov v vprašalniku dobra. Izjema je sklop vprašanj o stališčih o zdravju in življenjskem slogu, kjer se je izkazalo, da je zanesljivost nižja od zahtevane meje Cronbachovega koeficienta alfa (0,700). Celotna vrednost Cronbachovega alfa koeficienta kaže na zelo dobro zanesljivost merskega instrumenta (0,874).

### 3.3.3 Opis vzorca

Statistično populacijo so predstavljali posamezniki, ki so bili v preteklosti deležni obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu na domu, pri čemer je bila vsebina obiska v celoti ali delno namenjena zdravstveno-vzgojnemu delovanju. Vzorec



za izvedbo empirične raziskave je bil izbran neslučajnostno, namensko. Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so posameznikom v okviru svojega zdravstveno-vzgojnega obiska na domu razdelile 150 vprašalnikov. Realizacija vzorca je bila 60 %, saj je bilo vrnjeno 90 pravilno izpolnjenih anket.

**Tabela 2: Opis vzorca**

		n	%
<b>spol</b>	moški	24	26,70
	ženski	66	73,30
<b>starost</b>	do 65	22	24,40
	66 do 75	26	28,90
	76 in več	42	46,70
<b>izobrazba</b>	osnovnošolska	27	30,00
	srednješolska	44	48,90
	višješolska	7	7,80
	univerzitetna	10	11,10
	magisterij, doktorat	2	2,20
<b>kronične bolezni</b>	kardiovaskularne	60	66,70
	sladkorna tip 2	25	27,80
	pljučne	16	17,80
	rakasta obolenja	16	17,80
	mišično-skeletne	22	24,40
	depresija, stres	9	10,00
	drugo	11	12,20
<b>kadilec</b>	da	17	18,9
	ne	73	81,1
	skupaj	90	100

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek odgovorov

V tabeli 1 vidimo, da je med anketiranci več žensk, 66 (73,30 %), kot moških, 24 (26,70 %). Največ anketirancev je med najstarejšimi, 42 (46,70 %), manj v srednji starostni skupini, 26 (28,90 %), najmanj pa je mlajših od 65 let, 22 (24,40 %).

Zaključeno srednješolsko izobrazbo je dosegla skoraj polovica anketirancev, 44 (48,90 %), najmanj pa je takih z magisterijem ali doktoratom, 2 (2,20 %). Med kroničnimi obolenji so najbolj pogoste kardiovaskularne bolezni, ki jih ima 60 anketirancev (66,70 %). Najmanj pogosta sta depresija in stres, o katerih poroča 9 anketirancev (10,00 %). Med anketiranci je bistveno manj kadilcev, 17 (18,90 %), kot nekadilcev, 73 (81,10 %).

### 3.3.4 Metode obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo v mesecu marcu, po predhodni pridobitvi soglasja Zdravstvenega doma Ljubljana, številka: 820-1-9/2016, in soglasja Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko, številka: 0120-576/2016-3. Vsem vodjem enot patronažnega varstva Zdravstvenega doma Ljubljana smo osebno razdelili ankete. Te so jih razdelile diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu, ki so v okviru svojega obiska pacientom razdelile anketo. Anketa je bila opremljena s kuverto in poštno znamko ter naslovom. Rešeno anketo so anketiranci oddali na pošto ali pa je po potrebi to opravila diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu.

Dobljene rezultate smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS Statistic 22.0. Uporabili smo metode opisne statistike frekvence, odstotke, povprečno vrednost in standardni odklon. S t-testom za neodvisne vzorce smo preverjali razlike glede na spol (moški, ženske). Statistično pomembne razlike glede na starost smo ugotavljali z analizo varianc ANOVA, kjer smo za statistično pomembne podatke upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj. Za analizo povezanosti med spremenljivkami smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient.

### 3.4 REZULTATI

**Tabela 3: Stališča o zdravju in življenjskem slogu glede na starost anketirancev**

Trditve	Celotna populacija	Starost v letih			ANOVA	
		do 65 n = 22	66 do 75 n = 26	76 in več n = 42		
		PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	p
Zdravje postavljam na prvo mesto.	3,98 (0,95)	3,68 (0,99)	3,85 (0,83)	4,21 (0,95)	0,071	2,733
Svoje zdravje ocenjujem kot dobro.	3,08 (0,99)	3,64 (0,58)	2,92 (1,06)	2,88 (1,02)	0,008*	5,126
Za zdravje sem odgovoren sam.	4,07 (0,87)	4,18 (0,85)	4,23 (0,51)	3,91 (1,03)	0,255	1,390
Menim, da sem sposoben samooskrbe.	3,64 (1,22)	4,32 (0,95)	3,77 (0,86)	3,21 (1,37)	0,002*	6,903
Živim zdrav način življenja.	3,46 (0,93)	3,23 (0,97)	3,42 (0,86)	3,60 (0,94)	0,316	1,167
Želim spremeniti svoj življenjski slog.	3,20 (1,12)	3,45 (0,91)	3,50 (0,99)	2,88 (1,23)	0,040*	3,352
Želim si pridobiti novo znanje o zdravem življenjskem slogu.	3,47 (1,06)	3,64 (0,95)	3,69 (0,79)	3,24 (1,23)	0,159	1,876
Ne čutim bolečin oz. nimam občutka neugodja.	2,98 (1,24)	3,18 (1,37)	3,35 (1,13)	2,64 (1,17)	0,048*	3,141
Nimam občutkov tesnobe oz. potrtosti.	3,21 (1,22)	3,41 (1,14)	3,27 (1,25)	3,07 (1,22)	0,558	0,587

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; ANOVA = enosmerna analiza variance; p = statistično značilna razlika pri vrednosti 0,05 ali manj; F = razmerje.

Statistična pomembnost razlik med starostnimi skupinami se je pokazala pri štirih od devetih trditvah, kot je razvidno iz tabele 3. Populacija iz prve starostne skupine, torej najmlajša skupina anketirancev, svoje zdravje v največji meri ocenjuje kot dobro (PV = 3,64, SO = 0,58). Povprečna vrednost ocene te trditve s starostjo upada (druga starostna skupina: PV = 2,92, SO = 1,06; tretja starostna skupina: PV = 2,88, SO = 1,02). Podoben trend vidimo pri trditvah »Menim, da sem sposoben samooskrbe« (F = 6,903, p = 0,002) in »Želim spremeniti svoj življenjski slog.« (F = 3,352, p = 0,040).

Drugače je pri trditvi »Ne čutim bolečin oz. nimam občutka neugodja.« Tukaj se skupina najstarejših anketirancev statistično pomembno razlikuje od obeh mlajših skupin, vendar pa povprečna vrednost odgovorov ne upada s starostjo, saj ima prva skupina nekoliko nižje povprečje odgovorov (PV = 3,21, SO = 1,22) kot druga skupina (PV = 3,41, SO = 1,14).

**Tabela 4: Stališča o zdravju in življenjskem slogu glede na spol anketirancev**

Trditve	Spol			
	moški	ženski	t-test	
	n = 24	n = 66		
	PV (SO)	PV (SO)	p	t
Zdravje postavljam na prvo mesto.	4,04 (0,75)	3,96 (1,01)	0,702	0,384
Svoje zdravje ocenjujem kot dobro.	2,83 (1,01)	3,17 (0,97)	0,157	-1,427
Za zdravje sem odgovoren sam.	4,13 (0,80)	4,05 (0,90)	0,704	0,381
Menim, da sem sposoben samooskrbe.	3,13 (1,33)	3,83 (1,13)	0,014*	-2,505
Živim zdrav način življenja.	3,17 (0,92)	3,56 (0,91)	0,074	-1,807
Želim spremeniti svoj življenjski slog.	3,17 (0,87)	3,21 (1,21)	0,845	-0,196
Želim si pridobiti novo znanje o zdravem življenjskem slogu.	3,21 (0,88)	3,56 (1,11)	0,165	-1,399
Ne čutim bolečin oz. nimam občutka neugodja.	2,79 (1,02)	3,05 (1,31)	0,392	-0,860
Nimam občutkov tesnobe oz. potrtosti.	3,29 (1,23)	3,18 (1,23)	0,708	0,375

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t-test = test razlik med skupinama; p = statistično značilna razlika pri vrednosti 0,05 ali manj; t = standardizirana razlika.

V tabeli 4 so prikazane razlike v oceni navedenih trditev glede na spol anketirancev. Statistično pomembna razlika ( $t = -2,505$ ,  $p = 0,014$ ) se je pokazala pri trditvi »Menim, da sem sposoben samooskrbe,« kjer so ocene žensk (PV = 3,83, SO = 1,13) pomembno

višje od ocen moških (PV = 3,13, SO = 1,33). Pri preostalih trditvah razlike med spoloma niso statistično pomembne.

**Tabela 5: Doživljanje obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu glede na spol anketirancev**

Trditve	Celotna populacija	Spol			
		moški	ženski	t-test	
		n = 24	n = 66		
		PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	p
Spodbuden in motivacijski	4,34 (0,84)	4,58 (0,50)	4,26 (0,92)	2,134	0,036*
Koristen	4,56 (0,66)	4,63 (0,50)	4,53 (0,71)	0,604	0,547
Vir novih informacij	4,18 (1,00)	4,38 (0,65)	4,11 (1,10)	1,129	0,262
Stresen	1,97 (1,09)	1,75 (0,90)	2,05 (1,14)	-1,144	0,256
Nepotreben	1,57 (0,85)	1,42 (0,50)	1,62 (0,94)	-1,321	0,191

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t-test = test razlik med skupinama; p = statistično značilna razlika pri vrednosti 0,05 ali manj; t = standardizirana razlika.

Iz tabele 5 je razvidno, da se anketiranci in anketiranke razlikujejo pri trditvi, da je obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu zanje »Spodbuden in motivacijski« (t = 0,036, p = 2,134). Moški (PV = 4,58, SO = 0,50) se s to izjavo statistično pomembno bolj strinjajo kot ženske (PV = 4,26, SO = 0,26). Pri ostalih trditvah ne prihaja do statistično pomembnih razlik, se pa kaže trend povprečnih vrednosti, ki nakazuje, da so moški v splošnem bolj zadovoljni z obiskom kot ženske.

Preverili smo tudi razlike med starostnimi skupinami. Izkazalo se je, da glede na starost anketirancev ni statistično pomembnih razlik v doživljanju obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

**Tabela 6: Ocena koristnosti nasvetov diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu glede na starost anketirancev**

Področja nasvetov	Celotna populacija	Starost v letih				ANOVA	
		do 65	66 do 75	76 in več			
		n = 22	n = 26	n = 42		p	F
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)			
Način življenja in zdrav življenjski slog	4,07 (0,95)	3,68 (1,17)	4,31 (0,47)	4,12 (0,99)	0,064	2,844	
Odnosi v družini	3,54 (1,04)	3,23 (1,15)	3,35 (0,89)	3,83 (1,01)	0,043*	3,273	
Obvladanje bolezni	4,16 (0,81)	3,77 (1,02)	4,12 (0,59)	4,38 (0,73)	0,014*	4,481	
Ohranjanje zdravja	4,18 (0,82)	3,64 (1,05)	4,19 (0,49)	4,45 (0,71)	0,000*	8,449	
Možnost padca v domačem okolju	3,56 (1,20)	3,09 (1,44)	3,00 (0,98)	4,14 (0,90)	0,000*	11,746	
Obisk osebnega zdravnika ali specialista	3,71 (1,02)	3,68 (0,99)	3,42 (0,76)	3,90 (1,14)	0,165	1,839	
Obisk referenčne ambulante	3,21 (1,14)	3,32 (1,09)	3,08 (1,02)	3,24 (1,25)	0,752	0,286	
Merjenje vitalnih funkcij	3,94 (1,13)	3,77 (1,19)	3,96 (1,11)	4,02 (1,12)	0,700	0,358	

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; ANOVA = enosmerna analiza variance; p = statistično značilna razlika pri vrednosti 0,05 ali manj; F = razmerje

V tabeli 6 so prikazani rezultati, ki opisujejo razlike med starostnimi skupinami v oceni koristnosti nasvetov diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Statistično pomembne razlike so se pokazale na štirih področjih nasvetov. S starostjo narašča ocena pomembnosti na področjih »Odnosi v družini«, »Obvladanje bolezni« in »Ohranjanje zdravja«. Drugače je pri nasvetu »Možnost padca v domačem okolju«. Tukaj sta povprečni vrednosti prvih dveh starostnih skupin zelo podobni (PV = 3,09, SO = 1,44; PV = 3,00, SO = 0,98), statistično pomembno pa se od obeh razlikuje ocena najstarejše starostne skupine (PV = 4,14, SO = 0,90), ki te nasvete ocenjuje kot bistveno bolj koristne.

Izkazalo se je, da glede na spol anketirancev ni statistično pomembnih razlik v oceni koristnosti nasvetov diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

**Tabela 7: Spremembe vedenj na podlagi zdravstvene vzgoje o zdravem življenjskem slogu glede na spol anketirancev**

Trditve	Celotna populacija	Spol			
		moški	ženski	t-test	
		n = 24	n = 66		
		PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	p
Sprememba prehrane	3,46 (1,18)	3,71 (0,86)	3,36 (1,27)	0,148	1,466
Gibanje in telesna dejavnost	3,50 (1,06)	3,58 (0,93)	3,47 (1,11)	0,656	0,447
Opustitev/zmanjšanje kajenja	2,32 (1,50)	2,92 (1,56)	2,11 (1,43)	0,022*	2,326
Opustitev/zmanjšanje pitja alkoholnih pijač	2,32 (1,50)	3,00 (1,56)	2,08 (1,41)	0,009*	2,677
Obvladovanje stresa	3,19 (1,18)	3,29 (1,16)	3,15 (1,19)	0,621	0,496

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t-test = test razlik med skupinama; p = statistično značilna razlika pri vrednosti 0,05 ali manj; t = standardizirana razlika.

Iz tabele 7 je razvidno, da se moški in ženske pomembno razlikujejo v spremembah na nekaterih področjih zdravega življenjskega sloga. Moški so naredili statistično pomembno večje spremembe (PV = 2,92, SO = 1,56) kot ženske (P = 2,11, SO = 1,43) na področju opustitve oz. zmanjšanja kajenja. Podobno velja za področje pitja alkoholnih pijač, kjer so moški (PV = 3,00, SO = 1,56) izrazili višje upoštevanje znanj, pridobljenih z zdravstveno vzgojo, kot ženske, ki so se v manjši meri (PV = 2,08, SO = 1,41) odločale za opustitev oz. zmanjšanje pitja alkoholnih pijač.

Drugače se je izkazalo pri preverjanju razlik med starostnimi skupinami, saj med njimi ni statistično pomembnih razlik na področju sprememb vedenj na podlagi zdravstvene vzgoje o zdravem življenjskem slogu.

**Tabela 8: Dodatna motivacija anketirancev za spremembo življenjskega sloga**

Trditve	Celotna populacija	Seštevek strinjanj (ocen 4 in 5)	Odstotek strinjanj (ocen 4 in 5)
	PV (SO)	f	f %
Ponovni obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu	3,80 (1,24)	64	71,11
Obisk pri osebnem zdravniku	3,31 (1,17)	44	48,89
Udeležba v zdravstveno vzgojnih delavnicah	3,08 (1,20)	35	38,89
Podpora/sodelovanje družine	3,86 (1,15)	66	73,33
Obisk v referenčni ambulanti	3,13 (1,20)	38	42,22
Nič me ne bi motiviralo	2,20 (1,26)	13	14,44

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; f = frekvenca oz. število odgovorov; f % = odstotek odgovorov

Anketirance bi za spremembo življenjskega sloga v največji meri dodatno motivirala podpora oz. sodelovanje družine (PV = 3,86, SO = 1,15). Pomemben dodatni motiv bi bil tudi ponovni obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu (PV = 3,80, SO = 1,24). Najmanj so se strinjali s trditvijo, da jih ne bi nič motiviralo (PV = 2,20, SO = 1,26).

Naredili smo še frekvenčno analizo odgovorov »se strinjam« in »se zelo strinjam« ter izračunali odstotek strinjanja udeležencev z navedenimi trditvami. Rezultati so pokazali, da se s trditvijo, da bi 64 (f % = 71,11 %) udeležencev ponovni obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu dodatno motiviral za spremembo življenjskega sloga. Višji delež strinjanja je prisoten pri podpori/sodelovanju družine (f % = 73,33 %), najmanj pa se jih strinja s tem, da jih ne bi nič motiviralo (f% = 14,44 %).



Preverili smo tudi razlike med spoloma in starostnimi skupinami pri odgovorih na vprašanje »Kaj bi vas dodatno motiviralo, da bi spremenili svoj življenjski slog?«. Izkazalo je, da ni statistično pomembnih razlik glede na spol in starost anketirancev.

**Tabela 9: Zadovoljstvo s preventivnim obiskom z zdravstveno-vzgojno vsebino diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu glede na spol anketirancev**

Trditve	Celotna populacija	Spol			
		moški	ženski	t-test	
		n = 24	n = 66		
		PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	p
Zadovoljen sem s preventivnim obiskom.	4,19 (0,85)	4,13 (0,90)	4,21 (0,83)	0,668	-0,430
Zadovoljen sem s časom, ki mi ga je posvetila diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu.	4,00 (1,13)	4,04 (1,12)	3,99 (1,14)	0,835	0,209
Zadovoljen sem z njenim strokovnim znanjem.	4,50 (0,69)	4,63 (0,50)	4,46 (0,75)	0,303	1,035
Zadovoljen sem s partnerskim odnosom, ki sva ga med obiskom ustvarila z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu.	4,32 (0,73)	4,50 (0,51)	4,26 (0,79)	0,166	1,397
Zadovoljen sem z jasnimi in zame uporabnimi informacijami, ki sem jih prejel od diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.	4,37 (0,69)	4,54 (0,51)	4,30 (0,74)	0,150	1,451
Zadovoljen sem z vsebino zdravstveno-vzgojnih nasvetov.	4,29 (0,75)	4,42 (0,50)	4,24 (0,82)	0,335	0,970
Zadovoljen sem, ker je diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu v obravnavo vključila mojo družino.	4,01 (1,05)	4,42 (0,58)	3,86 (1,15)	0,004*	2,991

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t-test = test razlik med skupinama; p = statistično značilna razlika pri vrednosti 0,05 ali manj; t = standardizirana razlika.

V tabeli 9 so prikazani rezultati zadovoljstva anketirancev s preventivnim obiskom z zdravstveno-vzgojno vsebino. Razlika med spoloma se je pokazala pri zadovoljstvu z vključevanjem družine v obravnavo. Moški so izrazili višje zadovoljstvo (PV = 4,42, SO = 0,58) kot ženske (PV = 3,86, SO = 1,15).

Pri izračunu razlik v zadovoljstvu med starostnimi skupinami se nobena ni pokazala kot statistično pomembna.

**Tabela 10: Povezanosti z željo po spremembi življenjskega sloga**

	Korelacije	Stališča o zdravju in življenjskem slogu
		Želim spremeniti svoj življenjski slog.
		r
Stališča o zdravju in življenjskem slogu	Želim si pridobiti novo znanje o zdravem življenjskem slogu.	0,74**
Sprememba vedenj po zdravstveni vzgoji diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu	Sprememba prehrane	0,41**
	Gibanje in telesna dejavnost	0,38**
	Opustitev/zmanjšanje kajenja	0,05
	Opustitev/zmanjšanje pitja alkoholnih pijač	-0,04
	Obvladovanje stresa	0,15
Kaj bi vas dodatno motiviralo, da bi spremenili svoj življenjski slog?	Ponovni obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu	0,20
	Obisk pri osebni zdravniku	0,49**
	Udeležba na zdravstveno-vzgojnih delavnicah	0,55**
	Podpora/sodelovanje družine	0,43**
	Obisk v referenčni ambulanti	0,52**
	Nič me ne bi motiviralo	-0,42**

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; \*\* = statistično pomembna povezanost na ravni 0,01 ali manj

Iz tabele 10 je razvidno, da se želja anketirancev po spremembi življenjskega sloga statistično pomembno povezuje z željo po pridobivanju znanja o zdravem življenjskem slogu ( $r = 0,74$ ,  $p = 0,00$ ); korelacija je pozitivna in visoka. Želja po spremembi življenjskega sloga se prav tako pomembno povezuje z nekaterimi vidiki spremembe

vedenj po zdravstveni vzgoji, ki so je bili anketiranci deležni v okviru obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Zmerni in pozitivni sta korelaciji s spremembo prehrane ( $r = 0,41$ ,  $p = 0,00$ ) ter gibanjem in telesno dejavnostjo ( $r = 0,38$ ,  $p = 0,00$ ). Preostale povezave iz tega nabora niso statistično pomembne. Drugače je pri povezavi želje po spremembi življenjskega sloga z vprašanji o potencialni dodatni motivaciji za spremembo življenjskega sloga. Tiste, ki si želijo spremeniti življenjski slog, zmerno, a pomembno motivirajo skoraj vsi navedeni dejavniki, z izjemo ponovnega obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu ( $r = 0,20$ ,  $p = 0,00$ ). Odgovor »Nič me ne bi motiviralo« se pomembno, a negativno povezuje z željo po spremembi življenjskega sloga ( $r = -0,42$ ).

**Tabela 11: Povezanosti s trditvijo »Zdravje postavljam na prvo mesto«**

Korelacije		Stališča o zdravju in življenjskem slogu
		Zdravje postavljam na prvo mesto.
		r
Stališča o zdravju in življenjskem slogu	<b>Živim zdrav način življenja.</b>	0,43**
Doživljanje obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v okviru zdravstveno-vzgojnega dela	<b>Spodbuden in motivacijski</b>	0,39**
	<b>Koristen</b>	0,44**
	<b>Vir novih informacij</b>	0,30**
	<b>Stresen</b>	-0,07
	<b>Nepotreben</b>	-0,24**

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; \*\* = statistično pomembna povezanost na ravni 0,01 ali manj

Iz tabele 11 je razvidno, da se odgovori anketirancev, da zdravje postavljajo na prvo mesto, statistično pomembno povezujejo od odgovorov, da živijo zdrav način življenja ( $r = 0,43$ ,  $P = 0,00$ ); povezava je zmerina in pozitivna. Tisti anketiranci, ki zdravje postavljajo na prvo mesto, tudi obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v okviru zdravstveno-vzgojnega dela doživljajo pozitivno; korelacije so zmerne in pozitivne. Tisti, ki zdravje postavljajo na prvo mesto, lahko obisk doživljajo bodisi

kot stresen bodisi kot nestresen ( $r = -0,07$ ), vendar ne strinjajo s trditvijo, da je obisk nepotreben ( $r = -0,24$ ).

### 3.5 RAZPRAVA

V raziskavi smo preverjali stališča o zdravju in življenjskem slogu naših anketirancev ter ugotavljali vlogo zdravstveno-vzgojnega delovanja diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

Zdravje je vrednota, ki jo ljudje postavljamo na prvo mesto ne glede na starost in spol. To se je potrdilo tudi v raziskavi, saj imajo anketiranci to vrednoto v povprečju visoko izraženo. Prav tako tisti anketiranci, ki svoje zdravje postavljajo na prvo mesto, tudi pogosto trdijo, da živijo zdrav način življenja, iz česar lahko sklepamo, da tisti, ki jim je zdravje najpomembnejša vrednota, v povprečju tudi bolj poskrbijo za zdrav življenjski slog. Tudi Anderle in Skela Savič (2011) v svoji raziskavi ugotavljata, da je anketirancem zdravje kot vrednota največji motivacijski dejavnik za vključevanje v delavnice CINDI za spremembo življenjskega sloga.

Samoocena zdravja naj bi bila dober kazalnik populacijskega zdravja in uveljavljena metoda splošnega zdravstvenega stanja. V naši raziskavi populacija iz prve starostne skupine, starih do 65 let, svoje zdravje v največji meri ocenjuje kot dobro. Povprečna vrednost ocene te trditve s starostjo upada. Tudi Hvalič Touzery (2014) ugotavlja, da je samoocena zdravja povezana s starostjo; zdravje najslabše ocenjujejo stari od 75 let do 84 let.

Za človeka je pomembno, da lahko poskrbi sam zase. Sposobnost samooskrbe pomeni poskrbeti za svoja osnovna vsakodnevna in instrumentalna opravila. Rant (2012) v raziskavi Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji, starih od 50 do 90 let navaja, da so anketiranci med 50. in 79. letom večinoma sposobni samooskrbe, nato začne njihova sposobnost samooskrbe upadati. Ženske so skoraj dvakrat pogosteje samostojne pri izvajanju instrumentalnih vsakodnevnih opravil. To statistično pomembno razliko glede na spol anketirancev je pokazala tudi naša raziskava, saj so

spodobnost samooskrbe pomembno višje ocenile ženske kot moški, iz česar lahko sklepamo, da so ženske bolj sposobne poskrbeti za svoje dnevne potrebe. S starostjo anketirancev pada ocena sposobnosti samooskrbe; najstarejša skupina starih 76 let in več svojo sposobnost samooskrbe ocenjuje najslabše.

Življenjski slog je posameznikov način življenja, ki lahko vključuje tako zdravju škodljiva kot zdravju naklonjena vedenja. Pri spreminjanju nezdravega vedenja in življenjskega sloga ne gre brez lastne motivacije posameznika. Da so naši anketiranci motivirani za spremembo življenjskega sloga, lahko potrdimo z visoko statistično pomembno povezavo med željo po spremembi življenjskega sloga in željo po pridobivanju novega znanja za spremembo življenjskega sloga. Znanje o pomenu zdravega načina življenja in škodljivosti razvad je prvi pogoj, da začnemo razmišljati o spremembi tveganega vedenja. Prav tukaj vidimo pomembno vlogo zdravstveno-vzgojnega delovanja diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, ki z zdravstveno-vzgojnimi nasveti spodbuja posameznike k zdravemu življenjskemu slogu in ohranjanju kakovosti življenja s kronično boleznijo (Ramšak Pajk & Poplas Susič, 2017).

V raziskavi smo anketirance spraševali, kateri zdravstveno-vzgojni nasveti diplomirane medicinske sestre so bili zanje koristni. Najvišjo oceno so namenili nasvetom za ohranjanje zdravja, obvladanje bolezni in način življenja za zdrav življenjski slog. Avstralska raziskava je pokazala, da so bile zdravstveno-vzgojne intervencije diplomiranih medicinskih sester glede dejavnikov tveganja za kronične bolezni pozitivno povezane s povečanjem pripravljenosti za spremembo v fizični aktivnosti in prehrani (Harris, et al., 2013). Podobne rezultate smo dobili tudi mi, saj smo statistično pomembno povezavo dobili med željo po spremembi življenjskega sloga in spremembo vedenja na področju prehrane in gibanja anketirancev po zdravstveno-vzgojnem delu diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu na domu. V naši raziskavi so moški anketiranci naredili pomembno večje spremembe na področju opustitve ali zmanjšanja kajenja in pitja alkohola kot ženske, ne moremo pa trditi, da so te spremembe pomembno vplivale na spremembo življenjskega sloga in vedenja.

Zdravstveno-vzgojni nasvet »Možnost padca v domačem okolju« kot najbolj koristen ocenjuje najstarejša skupina anketirancev, starih od 75 let naprej. To oceno pripisujemo dejstvu, da so padci ena izmed najpogostejših težav v starosti in da se tveganje za padce s starostjo veča. Kukovec in Vičar (2012, p. 27) navajajo, da je verjetnost padca za posameznika nad 65 let starosti 30 %, nad 75 let 40 % in nad 85 let 50 %. Padci imajo za posledice izgubo samostojnosti posameznika, odvisnost od drugih in socialno osamitev (Voljč, 2010).

Bolezen ni nikoli samo stvar pacienta, ampak tudi njegove družine. To potrjuje tudi naša raziskava. Anketirancem je, ne glede na starost in spol, najbolj pomembna motivacija za spremembo življenjskega sloga podpora in sodelovanje družine. To strinjanje izražajo tri četrtine anketirancev. V raziskavi Maček, et al. (2011) ugotavlja, da je polovica sodelujočih kot najpomembnejši vir socialne opore navedla prav družinske člane. Moški anketiranci naše raziskave so izrazili višje zadovoljstvo z vključevanjem družine v obravnavo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu kot ženske. Predvidevamo, da je zadovoljstvo moških višje, ker so svojo sposobnost samooskrbe in posledične odvisnosti od svojih družinskih članov v anketi statistično ocenili slabše kot ženske anketiranke, vendar tega nismo mogli potrditi.

Pomembno motivacijo za spremembo življenjskega sloga jim predstavlja tudi obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, saj so se tri četrtine naših anketirancev strinjale, da si želijo ponovnega obiska. Ramšak Pajk, et al. (2016) navaja, da so udeleženci projekta Nadgrajena celovita obravnava pacienta, ki jih je diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu obiskala z namenom presejanja na domu s ciljem zmanjšanja ali preprečitve bolezni, povezanih z življenjskim slogom in obvladanjem kronično nenalezljivih bolezni, v 66 % izrazili željo po ponovnem obisku. Tudi diplomirane medicinske sestre, ki so izvajale primarno preventivo, navajajo, da je spreminjanje življenjskega sloga dolgoročen proces in da je za to potreben več kot en obisk (Brobeck, et al., 2011).

Dodatno motivacijo za spremembo življenjskega sloga po obisku diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu anketiranci vidijo v udeležbi na zdravstveno-

vzgojnih delavnicah, obisku referenčne ambulante in obisku pri osebnem zdravniku. To ocenjujemo kot pozitivno, saj je ena od nalog diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, da na osnovi ugotovljenih potreb pacienta napoti v nadaljnjo obravnavo. Tesno sodelovanje diplomirane medicinske sestre z vsemi zdravstvenimi timi in službami pripomore k reševanju težav pacienta, družine in lokalne skupnosti.

Prav tako je pomembno zadovoljstvo anketirancev z obiskom in obravnavo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu na domu. Zadovoljstvo ocenjujemo kot pozitivno, saj so anketiranci obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu ocenili zelo dobro. Obisk doživljajo kot koristen, spodbuden in motivacijski ter vir novih informacij. Najmanj se strinjajo s trditvijo, da je obisk stresen in nepotreben.

Višjo oceno zadovoljstva namenjajo strokovnemu znanju diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, medsebojnemu odnosu in zdravstveno-vzgojnemu nasvetom ter jasnimi in koristnim prejetim informacijam. Gorenak in Goričan (2011) sta v raziskavi zadovoljstva bolnikov v primarnem varstvu ugotovila, da sta medsebojni odnos in komunikacija zdravstvenega delavca najpomembnejša dejavnika zadovoljstva pacienta. Železnik in Rajčič (2014) sta v svoji raziskavi zadovoljstva starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu prav tako ugotovila, da so bili anketiranci najbolj, v 70 %, zadovoljni s spoštovanjem diskretnosti in zasebnosti pri izvajanju zdravstvene nege, prijaznostjo in strokovnostjo medicinske sestre. Najmanj so bili zadovoljni s časom, ki jim ga je namenila medicinska sestra. Tudi naši anketiranci najslabše ocenjujejo trditev »Zadovoljen sem s časom, ki mi ga je posvetila diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu«. McGarry (2009) je v svoji raziskavi ugotovil, da je čas pomemben dejavnik v izvajanju zdravstvene nege. Čas kot pojem pacientu pomeni biti pomemben in deležen pozornosti patronažne medicinske sestre.

Življenjski slog je pomembno in zelo kompleksno področje, s katerim se ukvarjajo različni strokovnjaki na vseh ravneh zdravstva. Menimo, da je diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu pomemben člen pri odkrivanju, spremljanju in obravnavi kroničnih bolezni na primarni ravni. Z zdravstveno vzgojo, svetovanjem in promocijo zdravja zdravemu in bolnemu posamezniku omogoča, da ohranja in krepi svoje zdravje.

Rezultatov raziskave ne moremo posploševati zaradi majhnega vzorca anketirancev in omejenega vzorca, ki se nanaša na Ljubljano. Rezultati so pomemben prispevek, ker predstavljajo subjektivno oceno posameznikov o zdravstveno-vzgojnem in preventivnem delovanju diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Tako vprašalnik kot rezultati so lahko izziv nadaljnjim raziskavam.

Omejitev raziskave vidimo v pomanjkanju domačih in tujih raziskav o uspešnosti zdravstveno-vzgojnega in preventivnega dela diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu za zdrav življenjski slog posameznika ter njeni vlogi v primarnem varstvu. Glede na dobljene rezultate raziskave in pomanjkanje raziskav na tem področju menimo, da bi morala stroka temu področju nameniti več pozornosti in ga v prihodnosti tudi raziskovati.



## 4 ZAKLJUČEK

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je nosilka patronažne zdravstvene nege na domu. Ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Svetuje o zdravem načinu življenja ter opozarja na dejavnike tveganja, ki lahko ogrozijo zdravje. Posameznikom in družinam na njihovih domovih pomaga, da se soočijo z boleznijo, kronično nezmožnostjo in ohranijo kakovost življenja kljub bolezni. Je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom ter njegovim osebnim zdravnikom.

V raziskavi smo ugotovili, da posamezniki zdravje postavljajo na prvo mesto, so motivirani za spremembo življenjskega sloga in so izrazili željo po novem znanju. Anketirancem največjo motivacijo za spremembo življenjskega sloga predstavlja družina.

Anketiranci izražajo tudi visoko zadovoljstvo z obravnavo in preventivnim obiskom na domu. Obisk doživljajo kot spodbuden in motivacijski ter koristen. Zelo pomemben je podatek, da si slaba večina želi ponovnega obiska diplomirane medicinske sestre in da si želijo, da bi jim posvetila več časa. Iz rezultatov raziskave je razvidno, kako pomembna je vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Anketirancem ponovni obisk diplomirane medicinske sestre z zdravstveno-vzgojnimi nasveti o načinu življenja za zdrav življenjski slog, ohranjanje zdravja in obvladanje bolezni predstavlja drugo pomembno motivacijo za spremembo življenjskega sloga. Po zdravstveno-vzgojnem obisku s svetovanjem so anketiranci naredili spremembe na področju gibanja in prehranjevanja, moški anketiranci pa na tudi področju opustitve kajenja in pitja alkohola.

Zdravstveni delavci z zdravstveno vzgojo in svetovanjem ljudi poskušamo usmerjati k odgovornemu ravnanju do svojega zdravja. Motiv, ki nas usmerja v zdrav življenjski slog, je pogosto bolezen in redko zdravje. Ne pozabimo, da nam zdravje ni dano samo po sebi in da je zdravo življenje odgovornost vsakega posameznika, saj nam zdravje omogoča in zagotavlja kakovostno življenje.

## 5 LITERATURA

Anderluh, M., 2015. Motivacijski intervju. *Slovenska pediatrija*, 22(1-2), pp. 38-43.

Anderle, D. & Skela Savič, B., 2011. Motivacijski dejavniki posameznika pri vključevanju v delavnice CINDI. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 31-38.

Bajt, M. & Jeriček Klanšček, H., 2014. Negativni stres. In: S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & J. Maučec Zakotnik, eds. *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – desetletje CINDI raziskav v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 109-127.

Bahun, M., 2011. Stališča medicinskih sester do zdravstvene vzgoje. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zurc & K. Skinder Savič, eds. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnost za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj*. Ljubljana, 9.–10. junij 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 361-367.

Beam, R.J., O'Brein, R.A. & Neal, M., 2010. Reflective practice enhances public health nurse implementation of nurse-family partnership. *Public health nursing*, 27(2), pp. 131-139.

Benzein, E.G., Harberg, M. & Saveman, B.I., 2008. 'Being appropriately unusual': a challenge for nurses in health-promoting conversation with families. *Nursing Inquiry*, 15(2), pp. 106-115.

Bilban, M., 2010. Promocija zdravja v različnih življenjskih obdobjih s poudarkom na zdravem prehranjevanju. In: C. Hlastan Ribič, ed. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2010 na temo Zdrava prehrana in javno zdravje*. Ljubljana, 1. oktober 2010. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, pp. 27-43.

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrantas, S. & Hilding, C., 2011. Primary health nurses experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of clinical nursing*, (20), pp. 3322-3330.

Burke, B.L., Arkowitz, H. & Menchola, M., 2003. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(5), pp. 843-861.

Cappabianica, A., Julliard, K., Raso, R. & Ruggiero, J., 2009. Strengthening the nurse-patient relationship: what is the most important thing i can do for you today? *Creative nursing*, 15(3), pp. 151-156.

Cenčič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

CHRODIS addressing chronic disease and healthy ageing across the life cycle, 2015. *Scoping study on communication to address and prevent chronic diseases: Final Report*. [pdf] CHRODIS. Available at: [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major\\_chronic\\_diseases/docs/2015\\_chronic\\_scopingstudy\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2015_chronic_scopingstudy_en.pdf) [Accessed 1 April 2017].

Gabrijelčič Blenkuš, M., 2010. Dejavniki povezani z zdravjem (determinante zdravja). In: J. Trdič, M. Gabrijelčič Blenkuš, T. Kofol Bric, P. Truden Drobin & T. Alberth, eds. *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Slovenije, p. 24.

Gorenak, I. & Goričan, A. 2011. Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvu-primer Zdravstvenega doma Šmarje pri Jelšah. *Zdravstveno varstvo*, 50(3), pp. 175-184.

Hajdinjak, G. & Meglič, M., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. Univerza v Ljubljana, Visoka šola za zdravstvo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

Harris, M.F., Chan, B.C., Laws, R.A., Williams, A.M., Davies, G.P., Jayasinghe, U.W., Fanaian, M., Orr, N. & Milat, A., 2013. The impact of a brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses (CN SNAP trial). *BioMed Central Public Health*, 22(13), pp. 1-11.

Henriques Simões, I.M., 2009. Impact of chronic illness on the caregiver family: difficulties and coping strategies of informal caregiver. In: B. Skela Savič, B. M. Kaučič & B. Filej, eds. *Novi trendi v sodobni zdravstveni negi – razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja. Ljubljana, 17.-18. september 2009*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 81-88.

Hlastan Ribič, C., Maučec Zakotnik, J., Kranjc, M. & Šerona, A., 2012. Prehranjevanje. In: J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletel Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije-Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 31-49.

Hvalič Touzery, S., 2014. Zdravje, počutje in zadovoljstvo z življenjem najstarejših starih v Sloveniji. *Teorija in praksa*, 51(2-3), pp. 458-474.

Ivanuša, A. & Železnik, D., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Kadivec, S., 2011. Zdravstvenovzgojni programi v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. In: J. Farkaš Lainščak & M. Košnik, eds. *Promocija zdravja v bolnišnicah: strokovno srečanje ob ustanovitvi Slovenske mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah: zbornik prispevkov. Golnik, 25. november 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 14-21.

Karlsen, K., Humaidan, P., Sørensen, L.H., Alsbjerg, B. & Pernille, R., 2013. Motivational interviewing: a part of the weight loss program for overweight and obese woman prior to fertility treatment. *Gynecological Endocrinology*, 29(9), pp. 839-842.

Krajnc, A., 2012. Patronažna medicinska sestra kot zdravstvena vzgojiteljica družine v obdobju zgodnjega starševstva. In: M. Berčan, ed. *Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva: zbornik prispevkov z recenzijo*. Vransko, 25. september. Vransko: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, pp. 24-29.

Koprivnikar, H., 2012. Tobak. In: J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletel Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije-Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 71-88.

Kopčavar Guček, N., 2007. Oblike motivacije za spreminjanje življenjskega sloga. In: M. Bulc, H. Turk & J. Kersnik, eds. *Učno gradivo za 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana, oktober 2007. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 51-56.

Kukovec, T. & Vičar, N., 2012. Najpogostejši vzroki padcev. In: E. Kavaš, ed. *Zdravstvena nega – z dokazi v prakso: zbornik strokovnega seminarja 2012*. Murska Sobota, 15. maj 2012. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, pp. 26-31.

Kumanan, R. & Rudiger, K., 2011. Action on social determinants of health is essential to tackle noncommunicable disease. *Bull World health organ*. 89(10), pp. 775-776.

Lovrečič, B., Lovrečič, M. & Simonović, S., 2016. Poraba alkohola in zdravstveni kazalniki tvegane in škodljive rabe alkohola: Slovenija, 2014. Nacionalni inštitut za varovanje zdravja. Ljubljana.

Maček, B., Skela Savić, B. & Zurc, J., 2011. Dejavniki socialne integracije starostnika v domačem okolju. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(3), pp. 181-187.

McGinnes, A., Easton, S., Williams, J. & Neville, J., 2010. The role of the community stroke rehabilitation nurse. *British journal of nursing*, 19(16), pp. 1033-1038.

McGarry, J. 2009. Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within at home: an ethnographic study. *Health & Social Care in the community*, 17(1), pp. 83-91.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015a. Zdravstveni statistični letopis - demografski podatki. [pdf] Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2015/1\\_demografija\\_2015.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2015/1_demografija_2015.pdf) [Accessed 1 April 2017].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015b. Zdravstveni statistični letopis - zdravstveno varstvo na primarni ravni. [pdf] Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2015/5.2\\_patronaza\\_2015.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2015/5.2_patronaza_2015.pdf) [Accessed 15 April 2017].

Novak, E., 2010. Zdravje in z zdravjem povezan življenjski slog v povezavi z zadovoljstvom z življenjem. *Psihološka obzorja*, 19(2), pp. 19-30.

Orem, D.E., 2001. *Nursing concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby.

Östlund, A.S., Wadensten, B., Kristofferzon, M.L. & Haggstrom, E., 2015. Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15(2), pp. 111-118.

Pajnkihar, M. & Harih, M., 2011. Analiza koncepta enakovrednih partnerskih odnosov v zdravstveni negi. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zorc & K. Skinder Savič, eds. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientova in znanj. Ljubljana, 9.-10. junij 2011*. Jesenice: Visoka šola za zdravstvena nego Jesenice, pp. 548-555.

Ramšak Pajk, J., 2011. Partnerstvo in komunikacija kot izziv patronažni zdravstveni negi. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zorc & K. Skinder Savič, eds. *4. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in*

zdravstvu 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, pp. 652-657.

Ramšak Pajk, J., 2012. Uporaba znanj teoretičnih modelov pri obravnavi družine z novorojenčkom v patronažnem varstvu. In: M. Berčan, ed. *Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva: zbornik prispevkov z recenzijo*. Vransko, 25. september. Vransko: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, pp. 7-13.

Ramšak Pajk, J., Benkovič, R. & Poplas Susič, A., 2016. Stališča in izkušnje diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu pri celostni obravnavi preventivnega obiska v okviru CPC+ projekta. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *9. mednarodna znanstvena konferenca Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave*. Bled, 9. Junij 2016. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 159-167.

Ramšak Pajk, J. & Poplas Susič, T., 2017. Izkušnje medicinskih sester v patronažnem varstvu z obiski na domu v okviru projekta Nadgrajena celovita obravnava pacienta: rezultati pilotne raziskave. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), pp. 24-33.

Rant, M., 2012. Samostojnost in pomoč starim ljudem pri vsakodnevnih opravilih. *Kakovostna starost*, 15(3), pp. 33-42.

Robinson, F., 2011. The role of district nurse. *Practice nurse*, 41(8), pp. 30-31.

Sholz, U., Nagy, G., Schuz, B. & Ziegelmann, JP. 2008. The role of motivational and volitional factors for self-regulated running training: associations on the between- and within- person level. *The British journal of social psychology*, 47(3), pp. 421-439.

Sitzman, K. & Wright Eichelberger, L., 2011. *Understanding the Work of Nurses Theorists: A creative Beginning*. Jones and Bartlett Publishers Canada: Jones and Bartlett Publishers.

Staričević, J., 2011. Profesionalni odnos medicinske sestre. In: M. Pevec, ed. *VIII. Srečanje medicinskih sester v pediatriji: zbornik predavanj. Maribor, 8.-9. april 2011.* Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, pp. 55-57.

Štromajer, D. & Klančar, S. 2009. Informiranost in partnerski odnos v praksi zdravstvene nege. In: M. Cotič Anderle, M. Okrožnik, V. Bračko, & M. Homar, eds. *Strokovni seminar Urgentni pacient – usklajenost dela in sodelovanje. Radenci, 15.-16. oktober 2009.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, pp. 59-61.

Tomšič, S. & Orožen, K., 2012. Uvod. In: J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletel Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije-Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008.* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 3-8.

Vodopivec Jamšek, V., 2013. Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulantni družinske medicine. *Zdravniški vestnik*, 82(11), pp. 711-717.

Voljč, B., 2010. Padci v starosti. *Kakovostna starost*, 13(3), pp. 26-30.

Zavr! Džananović, D., 2010. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 117-125.

Zaletel Kragelj, L., Eržen, I., Premik, M. & Pahor, M., 2007. *Uvod v javno zdravje.* Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Zurc, J., Torkar, T., Bahun, M. & Ramšak Pajk, J., 2010. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: B. Skela Savič, B. M. Kaučič, B. Filej, K. Skinder Savič, M. Mežik Veber, K. Romih, S. Pivač, J. Zurc, A. Prebil & M. Bahun, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege – izbrana poglavja.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 52-71.



Železnik, D. & Rajčić, S., 2014. Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 195-215.

World health organization, 2010. Global recommendations on psysical activity for health. [pdf] World health organization. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf) [Accessed 15 May 2016].

World health organization. 2014. Noncommunicable diseases country profiles 2014. [pdf] Worl health organization. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf) [Accessed 15 May 2016].

Yamada, Y., Vass, M., Hvas, L., Hendriksen C. & Avlund, K., 2010. Collaborative relationships in preventive home visits to older poeple. *International journal of Older Peopole Nursing*, (6), pp. 33-40.

## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

#### **ANKETA – POMEN PATRONAŽNEGA ZDRAVSTVENGA VARSTVA ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG**

Sem Maja Tontić študentka Fakultete za zdravstvo Jesenice. Pred vami je anketa, ki je del mojega diplomskega dela z naslovom Pomen patronažnega zdravstvenega varstva za zdrav življenjski slog, ki jo pripravljam pod mentorstvom mag. Jožice Ramšak Pajk, viš. pred.

V okviru diplomskega dela želim ugotoviti vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, ki vas je obiskala na domu in posredovala nasvete ter vam svetovala o zdravem življenjskem slogu.

Anketa je popolnoma anonimna in bo uporabljena za izdelavo diplomskega dela. Na naslednji strani je priložen pristanek za sodelovanje k raziskavi.

Anketa vsebuje tri sklope vprašanj. Vljudno vas prosim, naj vaši odgovori izražajo vaše mnenje in stališča glede na postavljeno vprašanje.

Za sodelovanje in vaš čas se Vam najlepše zahvaljujem.

Maja Tontić

## PRISTANEK K SODELOVANJU V RAZISKAVI

Razumem, da je moje sodelovanje prostovoljno in da se lahko kadarkoli umaknem, ne da bi to moral dodatno obrazložiti. Razumem, da bo moj prispevek anonimen. Zbirale se ne bodo nobene prepoznavne informacije, niti ne osebni podatki. Podatki se zbirajo za namen priprave diplomskega dela ter pridobitvi vpogleda v preventivno delo patronažnega varstva. Podatki bodo objavljeni v diplomskem delu in kasneje v obliki prispevka za namen informiranja širše javnosti.

Raziskavo je odobrilo vodstvo Zdravstvenega doma Ljubljana in soglasje k raziskavi je podala Komisija RS za medicinsko etiko.

Zahvaljujemo se za vaše sodelovanje.

Za dodatne informacije se obrnite na:

Odgovorna raziskovalka: mag. Ramšak Pajk Jožica, mentorica diplomskega dela

Glavna raziskovalka: Maja Tontić

Telefon in e-pošta: jozica.ramsak-pajk@zd-lj.si., majaavdi@gmail.com tel: 040282982

Strinjam se s sodelovanjem v zgoraj omenjeni raziskavi.

Podpis anketiranca/ke \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

## **Prvi sklop**

### **1. Spol (obkrožite)**

- Moški
- Ženski

### **2. Starost (dopišite)**

- \_\_\_\_\_

### **3. Izobrazba (obkrožit)**

- Osnovnošolska izobrazba
- Srednješolska izobrazba
- Višje šolska izobrazba
- Univerzitetna izobrazba
- Magisterij ali doktorat

### **4. Imate katero izmed spodaj naštetih kroničnih bolezni? (obkrožite – možnih več odgovorov)**

- Bolezni srca in ožilja
- Sladkorna bolezen tipa 2
- Kronične pljučne bolezni
- Rakasta obolenja
- Bolezni mišično skeletnega sistema
- Depresija, stres
- Drugo:

### **5. Ste kadilec?**

- DA
- NE

## Drugi sklop

### 1. Stališča o zdravju in življenjskem slogu

(Z ocenami od 1 do 5 izrazite stopnjo strinjanja za vsako trditev. Pri tem ocena pomeni 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – neopredeljen; 4 – se strinjam ; 5 – se zelo strinjam).

TRDITEV		OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Zdravje postavljam na prvo mesto					
2	Svoje zdravje ocenujem kot dobro					
3	Za zdravje sem odgovoren sam					
4	Menim, da sem sposoben samooskrbe – poskrbeti za svoje dnevne potrebe					
5	Živim zdrav način življenja					
6	Želim spremeniti svoj življenjski slog					
7	Želim si pridobiti novo znanje o zdravem življenjskem slogu					
8	Ne čutim bolečin oziroma nimam občutka neugodja					
9	Nimam občutkov tesnobe oziroma potrnosti					

### 2. Kako doživljate obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v okviru zdravstveno vzgojnega dela?

(Z ocenami od 1 do 5 izrazite stopnjo strinjanja za vsako trditev. Pri tem ocena pomeni 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – neopredeljen; 4 – se strinjam ; 5 – se zelo strinjam).

TRDITEV		OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Spodbuden in motivacijski					
2	Koristen					
3	Vir novih informacij					
4	Stresen					
5	Nepotreben					

**3. Kateri zdravstveno vzgojni nasveti diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, od spodaj naštetih ocenujete, da so bili za vas koristni?**

(Z ocenami od 1 do 5 izrazite stopnjo strinjanja za vsako trditev. Pri tem ocena pomeni 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – neopredeljen; 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam).

TRDITEV		OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Način življenja in zdrav življenjski slog					
2	Odnosi v družini					
3	Obvladanje bolezni					
4	Ohranjanje zdravja					
5	Možnost padca v domačem okolju					
6	Obisk osebnega zdravnika ali specialista					
7	Obisk Referenčne ambulante					
8	Merjenje vitalnih funkcij					
9	Drugo( dopišite):					

**3. Pri obisku diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu ste bili deležni zdravstvene vzgoje s svetovanjem o zdravem življenjskem slogu. Ali ste spremenili vedenje na katerem od spodaj naštetih področjih?**

(Z ocenami od 1 do 5 izrazite stopnjo strinjanja za vsako trditev. Pri tem ocena pomeni 1 - sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – neopredeljen; 4 - se strinjam; 5 - se zelo strinjam).

TRDITEV		OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Sprememba prehrane					
2	Gibanje in telesna dejavnost					
3	Opustitev / zmanjšanje kajenja					
4	Opustitev / zmanjšanje pitja alkoholnih pijač					
5	Obvladovanje stresa					

**5. Bili ste deležni obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.**

**Kaj bi vas dodatno motiviralo, da bi spremenili svoj življenjski slog?**

(Z ocenami od 1 do 5 izrazite stopnjo strinjanja za vsako trditev. Pri tem ocena pomeni 1 - sploh se ne strinjam; 2 - se ne strinjam; 3 – neopredeljen; 4 – se strinjam; 5 - se zelo strinjam).

TRDITEV		OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Ponovni obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu					
2	Obisk pri osebnem zdravniku					
3	Udeležba v zdravstveno vzgojnih delavnicah					
4	Podpora / sodelovanje družine					
5	Obisk v referenčni ambulanti					
6	Nič me nebi motiviralo					

### Tretji sklop

#### 6. Ocenite zadovoljstvo s preventivnim obiskom z zdravstveno vzgojno vsebino, ki ste ga bili deležni s strani diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

(Z ocenami od 1 do 5 izrazite stopnjo strinjanja za vsako trditev. Pri tem ocena pomeni 1 - sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – neopredeljen; 4 – se strinjam; 5 - se zelo strinjam).

TRDITEV		OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Zadovoljen sem s preventivnim obiskom in programom v katerem sem sodeloval.					
2	Zadovoljen sem s časom, ki mi ga je posvetila diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu.					
3	Zadovoljen sem z njenim strokovnim znanjem.					
4	Zadovoljen sem s partnerskim odnosom, ki sva ga med obiskom ustvarila s diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu.					
5	Zadovoljen sem z jasnimi in zame koristnimi informacijami, ki sem jih prejel od diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.					
6	Zadovoljen sem z vsebino zdravstveno vzgojnih nasvetov.					
7	Zadovoljen sem, ker je diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu v obravnavo vključila mojo družino.					