



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**INDIVIDUALNI DEJAVNIKI
ŽIVLJENJSKEGA SLOGA PRI OSEBAH
OBRAVNAVANIH V AMBULANTAH
DRUŽINSKE MEDICINE NA GORENJSKEM**

**INDIVIDUAL LIFESTYLE FACTORS IN
PERSONS WHO RECEIVED CARE AT
FAMILY MEDICINE CLINICS IN THE
GORENJSKA REGION**

Diplomsko delo

Mentorica: Mateja Bahun, viš. pred.

Kandidat: Matic Lukan

Jesenice, november, 2021

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Mateji Bahun, viš. pred., za hitro odzivnost, ustrežljivost in za vso pomoč ter nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentki mag. Eriki Povšnar, viš. pred., za strokovno pomoč in za prave usmeritve pri nastajanju mojega diplomskega dela.

Posebna zahvala gre moji družini, ženi in prijateljem, ki so me v vseh letih študija spodbujali in mi nudili pomoč.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Podpora zdravemu načinu življenja in presejanje za dejavnike tveganja pri posameznikih sta pomembna za zagotavljanje zdravja populacije, kar zagotavljajo v ambulantah družinske medicine, saj je del njihove oskrbe prevzela diplomirana medicinska sestra.

Cilji: Cilja sta ugotoviti uspešnost obravnave pri pacientih s kroničnimi boleznimi v ADM glede na dejavnike življenjskega sloga ter ugotoviti uspešnost vodenja oseb v izbranih 2 zdravstvenih domovih na Gorenjskem.

Metoda: Uporabili smo neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili retrospektivni pregled in analizo podatkov, ki smo jih v anonimizirani obliki pridobili iz računalniškega sistema izbranih zdravstvenih domov. Vzorec je predstavljal 100 udeležencev, realizacija je bila 100 %. Podatki so bili statistično obdelani z računalniškim programom SPSS, 22.0. Uporabljeni sta bili opisna in bivariatna statistika.

Rezultati: V štirih letih obravnave je ITM upadel s 26,51 na 26,15. S t-testom smo preverjali statistično pomembne razlike med ITM in obravnavo v različnih ambulantah (mestni/podeželski). Statistično pomembna razlika se kaže pri ITM leta 2016 ($p = 0,014$) in leta 2019 ($p = 0,009$), na podlagi česar lahko sklepamo, da statistično pomembne razlike med mestno ali podeželsko ambulanto obstajajo. S Pearsonovim hi-kvadratom smo preverjali povezanost med stresom in provenienco iz mestne/podeželske ambulante. Do statistično pomembne povezanosti prihaja vsa leta obravnave v ADM – 2015 ($p = 0,015$), 2016 ($p = 0,032$), 2017 ($p = 0,041$), 2018 ($p = 0,008$), 2019 ($p = 0,032$).

Razprava: Vodenje pacientov v ADM je uspešno, kar so pokazali tudi rezultati naše raziskave, saj se je znižal ITM, znižala se je vrednost holesterola, izboljšali sta se je njihovi telesna aktivnost in prehrana, omejile pa so se tudi nezdrave navade. Obravnava oseb je uspešnejša v podeželski ADM. Diplomirana medicinska sestra pri vsakem pacientu uporabi individualiziran pristop obravnave, za kar je potrebno napredno znanje, ob tem pa tudi napredne kompetence zdravstvene nege.

Ključne besede: življenjski slog, referenčne ambulate, ambulanta družinske medicine, obravnava

SUMMARY

Background: Supporting a healthy lifestyle and screening for risk factors in individuals are important for ensuring the health of the population and are delivered by family medicine clinics, as part of their care was taken over by a graduate nurse.

Goal: The objectives are to determine the success of treatment in patients with chronic diseases in family medicine clinics in relation to lifestyle factors and to determine the success of the treatment of persons in selected 2 health centers in Gorenjska.

Methods: A non-experimental quantitative research method was used. We used a retrospective review and analysis of the data we collected in an anonymized form from the computer systems of the selected health centers. The sample represented 100 participants and sample realization was 100%. Data were statistically processed using SPSS 22.0 software. Descriptive and bivariate statistics were used.

Results: In the four years of treatment, the BMI decreased from 26.51 to 26.15. The t-test was used to test for statistically significant differences between BMI and treatment in different outpatient clinics (urban/rural). There was a statistically significant difference in BMI in 2016 ($p = 0.014$) and in 2019 ($p = 0.009$), suggesting that there are statistically significant differences between urban or rural clinics. Using Pearson's chi-square, we tested the association between stress and urban/rural clinic provenance. A statistically significant correlation occurs in all years of treatment in family medicine clinics - 2015 ($p = 0.015$), 2016 ($p = 0.032$), 2017 ($p = 0.041$), 2018 ($p = 0.008$), 2019 ($p = 0.032$).

Discussion: The management of patients in family medicine clinics is successful, which was also shown by the results of our research, as BMI decreased, cholesterol levels decreased, their physical activity and diet improved, and unhealthy habits also decreased. Treatment is more successful in rural family medicine clinics. Registered nurses apply an individualized approach to treatment for each patient, which requires advanced knowledge, as well as advanced nursing competencies.

Key words: lifestyle, reference clinics, family medicine clinic, treatment

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 DEJAVNIKI ŽIVLJENJSKEGA SLOGA	3
2.1.1 Prehrana in indeks telesne mase	4
2.1.2 Telesna vadba	5
2.1.3 Zloraba substanc	7
2.1.4 Stres	8
2.1.5 Spanje	9
2.2 AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE PO SVETU	9
2.3 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE	11
2.4.1 Promocija zdravja v sklopu ambulate družinske medicine	12
3 EMPIRIČNI DEL	13
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 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	16
3.4 REZULTATI	16
3.5 RAZPRAVA	26
4 ZAKLJUČEK	32
5 LITERATURA	33

KAZALO SLIK

Slika 1: Gibanje povprečnega ITM udeležencev v petih letih obravnave v ADM.....	17
Slika 2: Gibanje povprečne vrednosti holesterola udeležencev v petih letih obravnave v ADM.....	17
Slika 3: Povprečni ITM udeležencev glede na mestno/podeželsko ambulantno.....	21
Slika 4: Povprečne vrednosti holesterola udeležencev glede na mestno/podeželsko ambulantno	22

KAZALO TABEL

Tabela 1: Referenčne vrednosti ITM	5
Tabela 2: Ocena statusa pacienta glede na raven telesne dejavnosti.	6
Tabela 3: Obravnava pacientov v ADM glede na raven telesne dejavnosti.	6
Tabela 4: Demografski podatki udeležencev	15
Tabela 5: Telesna aktivnost udeležencev po letih obravnave v ADM	18
Tabela 6: Prehrana udeležencev po letih obravnave v ADM.....	18
Tabela 7: Kadilski status udeležencev po letih obravnave v ADM	19
Tabela 8: Pivski status udeležencev po letih obravnave v ADM.....	19
Tabela 9: Stres udeležencev po letih obravnave v ADM.....	20
Tabela 10: Razlike v povprečnem ITM glede na mestno/podeželsko ambulantno	21
Tabela 11: Razlike v povprečnih vrednostih holesterola glede na mestno/podeželsko ambulantno	22
Tabela 12: Telesna aktivnost udeležencev po letih obravnave v ADM glede na mestno/podeželsko ambulantno.....	23
Tabela 13: Prehrana udeležencev po letih obravnave v ADM glede na mestno/podeželsko ambulantno.....	24
Tabela 14: Kadilski status udeležencev po letih obravnave v ADM glede na mestno/podeželsko ambulantno.....	24
Tabela 15: Pivski status udeležencev po letih obravnave v ADM glede na mestno/podeželsko ambulantno.....	25
Tabela 16: Stres udeležencev po letih obravnave v ADM glede na mestno/podeželsko ambulantno	26

SEZNAM KRAJŠAV

SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
ITM	Indeks telesne mase
ADM	Ambulanta družinske medicine
KOPB	Kronična obstruktivna pljučna bolezen
CKZ	Center za krepitev zdravja
NIJZ	žele inštitut za javno zdravje
WHO	World Health Organization
KNB	Kronične nenalezljive bolezni

1 UVOD

Poplas Sušič in Marušič (2011) navajata, da je primarno zdravstvo izpostavljeno velikim bremenom zaradi demografskih sprememb, ozaveščenosti ljudi in tudi organizacijskih sprememb v zdravstvu. Ob pomanjkanju zdravnikov je treba najti rešitev, ki bi prerazporedila njihove obremenitev, obenem pa ohranila visoko kakovost zdravstvene obravnave (Poplas Sušič & Marušič, 2011). S tem razlogom se je vzpostavil sistem ambulant družinske medicine (ADM), v katerih poleg tehnika zdravstvene nege deluje tudi diplomirana medicinska sestra. Gre za okrepitev tima družinske medicine in s tem tudi osnovne zdravstvene dejavnosti, kar je prioriteta zdravstvene politike. Rezultat tega naj bi bilo izboljšano vodenje pacientov s kroničnimi boleznimi, saj naj bi del njihove oskrbe prevzela diplomirana medicinska sestra. Poplas Sušič & Marušič (2011) navajata, da se z uvedbo ADM v osnovno zdravstvo uvaja nov koncept dela na področju: (1) kadrovskih normativov (zdravniku in zdravstvenemu tehniku se pridruži diplomirana medicinska sestra za polovico delovnega časa), (2) vsebine dela (natančno je definirana pot obravnave pacientov s kroničnimi boleznimi, razširjena so področja preventivnega presejanja, hkrati pa je treba vzpostavljati registre pacientov s kroničnimi boleznimi in dosegati kazalnike kakovosti) ter (3) organizacije dela (spremenjena struktura tima, spremenjena delitev dela).

Vodenje pacientov s kroničnimi boleznimi poteka po enotnih smernicah oziroma protokolih obravnave, in sicer za paciente z naslednjimi skupinami kroničnih bolezni: (1) koronarne bolezni, (2) arterijska hipertenzija, (3) sladkorna bolezen, (4) kronična obstruktivna pljučna bolezen, (5) astma, (6) osteoporoza, (7) bolezni prostate in (8) depresija (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ, 2017)). Tomažin Šporar (2011) navaja, da diplomirana medicinska sestra z dokončanim dodiplomskim študijem pridobi določena specialna znanja, ki jih lahko uporabi pri svojem delu v ADM – torej je diplomirana medicinska sestra postala del zdravstvenega tima v ADM in je prevzela naloge, ki jih opravlja v skladu s svojimi pristojnostmi.

»Glavni cilji programa ADM so:

- zmanjšanje zgodnje umrljivosti, obolevnosti ter invalidnosti zaradi nekaterih pogostejših kroničnih nenalezljivih bolezni (bolezni srca in ožilja, raka, sladkorne bolezni tipa 2, kronične obstruktivne pljučne bolezni, hipertenzije, debelosti, depresije, osteoporoze in drugih kroničnih nenalezljivih bolezni),
- zmanjšanje vedenjskih in bioloških dejavnikov tveganja (telesna nedejavnost, nezdrava prehrana, kajenje, tvegano in škodljivo pitje alkohola, zvišan krvni tlak, zvišane maščobe v krvi, zvišan krvni sladkor) ter izboljšanje duševnega zdravja (spoprijemanje s stresom in depresijo) v populaciji,
- opolnomočenje posameznikov pri skrbi za lastno zdravje,
- vzpostavitev mreže partnerjev iz lokalnega okolja, ki posameznika podpirajo pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga in pri samooskrbi kroničnih nenalezljivih bolezni« (Maučec Zakotnik, et al., 2015, p. 18).

Diplomirane medicinske sestre v ADM na primarnem nivoju zdravstvenega varstva uporabljajo informacije, ki temeljijo na dokazih, da bi dosegle in zagotovile varnost in kakovost oskrbe pacientov ter hkrati tudi izboljšajo rezultate njihove obravnave (Aceijas, et al., 2017).

V diplomskem delu smo preučevali individualne dejavnike življenjskega sloga pri osebah, obravnavanih v ADM na Gorenjskem.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 DEJAVNIKI ŽIVLJENJSKEGA SLOGA

Pod pojmom zdrav življenjski slog si večina predstavlja zdravo prehrano in telesno aktivnost, kar je tudi bistvo zdravega načina življenja. Življenjski slog je način življenja, ki se v posameznih geografskih, gospodarskih, političnih, kulturnih in verskih okoljih razlikuje. Nanaša se na značilnosti prebivalcev določene regije v času in kraju, vključuje vsakodnevno vedenje posameznikov pri delu, dejavnostih, zabavi in prehrani (Farhud, et al., 2015). Pri tem Železnik (2013) poudarja, da zdrav življenjski slog zajema: (1) zdravo in uravnoteženo prehrano, (2) omejitev soli, (3) omejitev uživanja alkoholnih pijač, (4) opustitev kajenja, (4) zmanjšanje čezmerne telesne mase ter (5) redno telesno aktivnost. Tako kot zdrav življenjski slog prinaša zdravje, njegova odsotnost prinaša zdravstvene težave in bolezni. Maučec Zakotnik, et al. (2015) navajajo, da je večino bolezni mogoče preprečiti z zmanjšanjem pojavnosti dejavnikov tveganja pri posameznikih, kar pomeni predvsem zmanjšanje uporabe tobaka, zdrav način prehranjevanja, zadostno telesno aktivnost in manj tvegano pitje alkohola. Glavni dejavniki zdravega načina življenja oz. življenjskega sloga so zdrava prehrana, telesna aktivnost, opustitev kajenja in prekomernega uživanja alkohola ter odsotnost stresa.

V zadnjih desetletjih raziskovalce vse bolj zanima življenjski slog kot pomemben dejavnik zdravja. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je 60 % dejavnikov, povezanih z zdravjem in kakovostjo življenja posameznika, povezano z načinom življenja (Aceijas, et al., 2017). Nezdravemu načinu življenja sledijo milijoni ljudi, zato se številni srečujejo z boleznijo, invalidnostjo in celo smrtjo. Težave, kot so presnovne bolezni, težave s sklepi in skeletom, bolezni srca in ožilja, hipertenzija, prekomerna telesna masa, nasilje itd. so lahko posledica nezdravega načina življenja. Zelo je treba pretehtati razmerje med življenjskim slogom in zdravjem (Ghaus, et al., 2021).

2.1.1 Prehrana in indeks telesne mase

Zdrava prehrana je vsekakor osnova zdravega življenja. Odgovor na vprašanje, kaj je zdrava prehrana, je lahko precej kompleksen, a hkrati tudi precej enostaven. Mlekuž (2014) navaja, da prvi začetki ideje o zdravi prehrani segajo v 1970. leta, ko so medicinska znanost, državne zdravstvene in druge avtoritete ter modna industrija sprejele protimaščobno držo, ter dodaja, da so podobno usodo kot maščobe doživele mnoge druge prehranske sestavine in živila (sladkor, bel kruh in na splošno bela barva v hrani, ki je bila še leta 1960 vrednotena zelo visoko). Prehrana je eden od najbolj pomembnih dejavnikov življenjskega sloga in ima neposreden in pozitiven vpliv na zdravje. Slaba prehrana in njene posledice, kot je denimo debelost, so v mestnih družbah pogost problem. Mestni način življenja vodi do težav s prehrano, kot je uživanje hitre in slabe hrane, kar povečuje zdravstvene težave, kot so denimo kardiovaskularna obolenja (Farhud, et al., 2015). Diplomirana medicinska sestra v ADM s presejalnim vprašalnikom o zdravi prehrani oceni prehranjevanje posameznika in ali je le-to zdravo ali ne. Ocenjuje količino zaužitih obrokov dnevno, živila na jedilniku, kombiniranje živil in količino zaužite hrane pri posameznem obroku. Pri kombiniranju živil se zgleduje po smernicah zdravega prehranjevanja (prehranska piramida) (Bilban, 2018).

Hlastan Ribič, et al. (2012, p. 150) navajajo, da je »cilj uravnoteženega prehranjevanja ohranjanje in tudi izboljševanje zdravja ter kakovosti življenja. Zdrava prehrana oziroma zdravo prehranjevanje vključuje varno, energijsko in hranilno uravnoteženo ter varovalno hrano, ki ohranja in krepi človeško zdravje.« Izsledki raziskave, ki so jo izvedli Tomšič in sodelavci (2014), so pokazali, da prebivalci Slovenije zmanjšujejo dosoljevanje hrane, uporabljajo več oljčnega olja in drugih rastlinskih olj pri pripravi hrane ter zmanjšujejo uživanje aromatiziranih gaziranih in negaziranih brezalkoholnih pijač – toda raziskava je pokazala tudi, da vse manj uživajo sveže sadje in zelenjavo.

Prekomerno telesno maso lahko merimo z indeksom telesne mase (ITM). Pojasnilo indeksa telesne mase je prikazano v Tabeli 1. ITM, manjši od 18, pomeni, da je telesna masa pod ravnjo, ki velja za zdravo. ITM 18,5–24,9 pomeni, da je indeks telesne mase v

mejah, za katere velja, da pomenijo najmanjše tveganje za nastanek bolezni in smrt. ITM 25–29,9 pomeni, da je ITM v mejah, za katere velja, da pomenijo majhno povečanje tveganja za zdravje. ITM 30–39,9 pomeni, da je indeks telesne mase je v mejah, za katere velja, da pomenijo precejšnje tveganje za nastanek bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen tipa 2, povišan krvni tlak in nekatere oblike raka. ITM nad 30 pomeni debelost in ob tem obstaja zelo veliko tveganje za bolezni in smrt (Bilban, 2018).

Tabela 1: Referenčne vrednosti ITM

	ITM
Prenizka telesna masa	< 18,5 nizko
Normalna telesna masa	18,5 do 24,9 povprečno
Previsoka telesna masa	25,0 do 29,9 zvišano
Debelost I	30,0 do 34,9 zmerno
Debelost II	35,0 do 39,9 visoko
Debelost III	40,0 in > zelo visoko

Vir: Bilban, 2018

2.1.2 Telesna vadba

Za obvladanje splošnih zdravstvenih težav je vadba sestavni del življenjskega sloga. redno gibanje skupaj z zdravo prehrano povečuje zdravje (Mozaffarian, et al., 2011). Nekateri raziskave poudarjajo povezanost med aktivnim življenjskim slogom in doživljanjem sreče oziroma zadovoljstva (Farhud, et al., 2015). Železnik (2013) navaja, da redna telesna aktivnost pomeni 30 minut zmerne telesne vadbe pet ali več dni na teden. Smernice SZO za odrasle priporočajo 150 minut zmerno intenzivne telesne dejavnosti ali 75 minut visoko intenzivne telesne dejavnosti na teden za ohranjanje zdravja. Za preprečevanje dejavnikov tveganja je priporočeno to količino podvojiti, za krepitev zdravja pa se priporoča še več gibanja (NIJZ, 2018).

Presejanje za telesno dejavnost s presejalnim vprašalnikom ter svetovanje za povečanje oziroma ohranjanje količine telesne dejavnosti predstavljata del standardnega protokola

v ADM. Diplomirana medicinska sestra v ADM ovrednoti vprašalnik. Oceno statusa pacienta določi glede na kriterije v Tabeli 2 (Knific, et al., 2015).

Tabela 2: Ocena statusa pacienta glede na raven telesne dejavnosti

Ocena statusa	Število točk	Količina telesne dejavnosti
Zadostno telesno dejaven	2–4 točke	Zadostna (minimalna) priporočena količina telesne dejavnosti ali več
Mejno telesno dejaven	1 točka	Mejna količina telesne dejavnosti
Nezadostno telesno dejaven	0 točk	Premalo ali nič telesne dejavnosti

Vir: Knific, et al., 2015

Glede na izid vrednotenja izpolnjenega vprašalnika za telesno dejavnost in ogroženost za kronične nenalezljive bolezni diplomirana medicinska sestra v ADM osebi svetuje o nadaljnjih postopkih (Tabela 3).

Tabela 3: Obravnava pacientov v ADM glede na raven telesne dejavnosti

Ocena statusa	Število točk	Količina telesne dejavnosti
Zadostno telesno dejaven.	Ni ogrožen.	Spodbuda k ohranjanju gibalnih navad.
Zadostno telesno dejaven.	Je ogrožen.	Napotitev k zdravniku. Spodbuda k ohranjanju gibalnih navad. Motiviranje za udeležbo v temeljnih obravnavah v centeru za krepitev zdravja (CKZ).
Mejno zadostno telesno dejaven.	Ni ogrožen.	Informiranje o pomenu redne telesne dejavnosti in osnovnih priporočilih. Iskanje možnosti za povečanje količine telesne dejavnosti (glede na stopnjo motiviranosti). Posredovanje gradiva o telesni dejavnosti za krepitev zdravja. Svetovanje o možnostih telesne vadbe v lokalnem okolju. Napotitev na temeljne obravnave (predvsem na test hoje) v CKZ.
Mejno zadostno telesno dejaven.	Je ogrožen.	Informiranje o pomenu redne telesne dejavnosti in osnovnih priporočilih. Predstavitev vsebine in namena poglobljene obravnave v okviru programa Gibam se v CKZ. Napotitev na obravnavo, če je pacient zadostno motiviran za povečanje količine telesne dejavnosti in se strinja z udeležbo. Če se z udeležbo ne strinja, posredovanje gradiva in informiranje o možnosti ponovnega posveta čez dva tedna. Dodatno napotitev k zdravniku.
Nezadostno telesno dejaven.	Ni ogrožen.	Informiranje o pomenu redne telesne dejavnosti in osnovnih priporočilih. Posredovanje gradiva o telesni dejavnosti za krepitev zdravja. Pogovor o koristih in ovirah izvajanja telesne dejavnosti. Izdelava okvirnega načrta telesne vadbe, ki je sprejemljiv in izvedljiv. Napotitev na temeljne obravnave v CKZ (predvsem na test hoje).

Ocena statusa	Število točk	Količina telesne dejavnosti
Nezadostno telesno dejaven.	Je ogrožen.	Informiranje o pomenu redne telesne dejavnosti in osnovnih priporočilih. Predstavitev vsebine in namena poglobljene obravnave v okviru programa Gibam se v CKZ. Ugotavljanje motiviranosti in pripravljenosti za povečanje telesne dejavnosti. Iskanje koristi in ovir udeležbe na obravnavi v CKZ. Napotitev na obravnavo ob zadostni motiviranosti in strinjanju pacienta z udeležbo. Ob nestrinjanju – posredovanje gradiva in naročanje na ponovni posvet čez dva tedna. Dodatna napotitev k zdravniku.

Vir: Knific, et al., 2015

2.1.3 Zloraba substanc

Kajenje in alkohol sta nezdravi razvadi, močno zakoreninjeni v človeku. V mnogih primerih gre za resno zasvojenost, ki je ni mogoče zlahka odpraviti. Zdrav življenjski slog ni združljiv z omenjenimi razvadami. Kdor se torej odloči za zdrav življenjski slog, mora opustiti takšne razvade. Opustitev nezdravih življenjskih razvad pomeni: (1) omejitev uživanja alkoholnih pijač ter (2) opustitev kajenja in različnih tablet ter psihoaktivnih substanc, ki primarno vplivajo na delovanje osrednjega živčnega sistema in tako vplivajo na delovanje možganov (Železnik, 2013). Zloraba zdravil je pogosta oblika uporabe zdravil in se šteje za nezdrav življenjski slog. Nezdrava vedenja pri uporabi zdravil so denimo samozdravljenje, deljenje zdravil, uporaba zdravil brez recepta ipd. (Ghaus, et al., 2021).

Diplomirana medicinska sestra v ADM ocenjuje stopnjo tveganja pitja alkohola z vprašalnikom AUDIT-C avtorice Bradley (2003) (Priloga 1). Vsota šestih dobljenih točk ali več za moške ter pet ali več točk za ženske nakazuje možnost povečanega tveganja za nastanek socialnih ali zdravstvenih težav povezanih z tveganjem ali škodljivim pitjem alkohola. Potrebna je nadaljna diagnostika težav.

Če ima pacient tudi telesne, duševne ali socialne posledice pitja alkohola, potem pije škodljivo ali pa je zasvojen z alkoholom (Kolšek, 2017).

Preventivni pregled v zvezi s kajenjem izvaja diplomirana medicinska sestra v okviru preventivnega pregleda v ADM, in sicer pri populaciji starejši od 30 let (Petek, 2017). Kajenje ali uporaba tobaka škoduje vsem človeškim organom in ima škodljiv učinek na

zdravje skozi vse življenje. Je pomemben faktor pri razvoju rakavih obolenj, bolezni dihal, srca in ožilja ter številnih drugih bolezni. Tobačni izdelki so v Sloveniji največji preprečljivi dejavnik zgodnje smrti. Vsako leto zaradi bolezni, povzročenih s kajenjem, umre skoraj 3.600 prebivalcev Slovenije ali skoraj 10 vsak dan, od teh jih četrtnina umre že pred 60. letom starosti (NIJZ, 2021).

2.1.4 Stres

Stres lahko definiramo kot katero koli vrsto sprememb, ki povzročajo fizično, čustveno ali psihološko obremenitev. Stres je odziv telesa na vse, kar zahteva pozornost ali ukrepanje. Vsakdo do neke mere doživlja stres. Način, kako se posameznik odziva na stres, pa močno vpliva na njegovo splošno počutje (Scott, 2018). Elkin (2014) navaja, da raziskovalci ocenjujejo, da je 75–90 % vseh obiskov pri splošnem zdravniku posledica pritožb in stanj, ki so tako ali drugače povezana s stresom. Za nastanek stresa so pogosto krive razmere na delu oziroma negativni vplivi delovnega mesta. Z gotovostjo lahko trdimo, da v današnjem času ni niti poklica niti delovnega mesta, ki ne bi bilo kakorkoli izpostavljeno dejavnikom stresa (Huselja, 2017). Jeriček Klanšček in Bajt (2015) opozarjata, da je stres na delovnem mestu eden največjih zdravstvenih in varnostnih izzivov v Evropi. Avtorici dodajata, da je stres na delovnem mestu ena od oblik psihosocialnega stresa, ki je posledica neskladja med visokimi zahtevami na delovnem mestu ter posameznikovo nezmožnostjo izpolnjevanja teh zahtev, slabega ravnovesja med vloženim naporom in nagrado za opravljeno delo ter visoke nezanesljivosti delovnega mesta.

Presejalni vprašalnik Doživljanje stresa (v prilogi) predstavlja del standardnega protokola obravnave v ADM. Novost pilotnega testiranja je uvedba novih preventivnih obravnav – temeljne obravnave *Tehnike sproščanja* ter poglobljene obravnave *Prepoznavanje in obvladovanje stresa v zdravstveno vzgojnih centrih* (Dernovšek, et al., 2015).

2.1.5 Spanje

Ena od osnov zdravega življenja je spanje. Motnje spanja imajo več socialnih, psiholoških, ekonomskih in zdravstvenih posledic. Življenjski slog lahko vpliva na spanje in spanec očitno vpliva na duševno in fizično zdravje (Farhud & Tahavorgar, 2013).

2.2 AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE PO SVETU

Številne države si prizadevajo izboljšati zagotavljanje zdravstvenih storitev. Delamaire in Lafortune (2010) sta z Organizacijo za gospodarsko sodelovanje izvedli raziskavo in ugotovili, da imajo za razvoj ključno vlogo prav diplomirana medicinska sestra, ki aktivno vlogo na primarnem nivoju zdravstvenega varstva že dlje časa opravljajo v Veliki Britaniji in na Finskem. Na podlagi raziskav je bilo ugotovljeno, da se je izboljšal dostop do zdravstvenih storitev in skrajšale so se čakalne dobe. Raziskava kaže tudi, da morajo imeti medicinske sestre visokošolsko, univerzitetno izobrazbo ali celo magisterij s področja zdravstvene nege (Delamaire & Lafortune, 2010). V Avstraliji so uvedli sistem multidisciplinarnih klinik za vodenje kroničnih bolezni, v katerih sodelujejo tudi študentje. Tako zagotavljajo klinična usposabljanja za študente dietike in prehrane, delovne terapije, farmacije in socialne terapije pod nadzorom usposobljenih diplomiranih medicinskih sester. Študenti delajo v skupnem kliničnem okolju, v katerem približno 70 % svojega časa znotraj stroke namenijo posamičnim svetovanjem ali skupinskim pogovorom, preostalih 30 % pa je porabljenih za delo v multidisciplinarni skupini, ki vključuje izvajanje ambulantnih presejalnih testov, sodelovanje na konferencah in izpopolnjevanje poklicne komunikacije (Frakes, et al., 2014).

2.2.1 Razlike med mestno in podeželsko ambulanto

Qin, et al. (2020) navajajo, da Kitajska kljub izboljšanju zdravstvenih rezultatov v zadnjih nekaj desetletjih še vedno doživlja izrazite neenakosti v zdravju pacientov med prebivalci s podeželja in tistimi iz mesta. Izvedli so presečno raziskavo, s katero so primerjali uspešnost zdravstvenega sistema med podeželjem in mesti. V primerjavi z

mesti so imela podeželja slabše rezultate pri obvladovanju hipertenzije in sladkorne bolezni. Večja uspešnost se je na podeželju izkazala na področju osredotočenosti na paciente, in sicer z več kot dvakrat večjimi možnostmi, da bi dobili takojšnjo pozornost, spoštovanje, jasnost komunikacije z izvajalcem zdravstvenih storitev in vključenost v odločanje o zdravljenju v bolnišnični oskrbi. Neenakost obravnave je bila ugotovljena v številnih kazalnikih, povezanih z učinkovitostjo, stroški in dostopnostjo ADM na podeželju in v mestu. Ugotovitve raziskave kažejo, da so mestne ADM dosegle učinkovitejše preprečevanje in obvladovanje nenalezljivih bolezni kot podeželske ADM, vendar je bil dostop do zdravstvenega varstva enakovreden. Boljše razumevanje vzrokov za opažene razlike je potrebno za razvoj ustreznih ukrepov politike, ki obravnavajo te razlike.

Spoont, et al. (2011) navajajo, da je večina dokazov o možnih razlikah v rezultatih zdravstvene oskrbe med pacienti na podeželju in v mestih šibkih, bodisi zaradi kakovosti metodologije raziskave in/ali pa zaradi pomanjkanja raziskav, s katerimi se ocenjuje, ali obstajajo razlike. V raziskavi so ugotovili, da obstajajo neskladja v zdravstveni obravnavi v mestni ali podeželski ambulanti:

- Obstaja nekaj šibkih dokazov, da je obravnava v podeželski ambulanti povezana z večjo pogostostjo hospitalizacije pacientov s kroničnimi boleznimi.
- Ni dokazov o razlikah med pacienti s sladkorno boleznijo na podeželju in v mestu glede na zaplete bolezni. Rezultati raziskave so pokazali, da lahko pacienti iz podeželske ambulante bolje samoobvladujejo sladkorno bolezen.
- Nadzor nad hipertenzijo se ne razlikuje med tistimi, ki prebivajo na podeželju, in istimi, ki prebivajo v mestu.
- Obstajajo šibki dokazi o višji stopnji hospitalizacije prebivalcev iz mesta, in sicer zaradi depresije.

2.3 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Stiki s pacienti v ADM so pogosto razmeroma kratki in v bazi ADM je veliko število pacientov. Diplomirane medicinske sestre morajo v tem okolju imeti dobre spretnosti ocenjevanja in sposobnost vodenja pacientov ter kompetence za sprejemanje utemeljenih zdravstvenih odločitev. Kakovostna obravnava v ADM je povezana z manj obiski oddelkov za nujne primere, obiski bolnišnic in ponovnega bolnišničnega sprejema (Stokowski, 2011).

Ambulantna zdravstvena nega zahteva kritično obrazložitev in natančno klinično presojo, da bi se pospešila ustrezna zdravstvena oskrba in zdravljenje, zlasti glede na to, da ima lahko pacient resne zdravstvene težave. ADM se v kontinuiteto oskrbe vključuje v različnih okoljih. Diplomirane medicinske sestre komunicirajo s pacienti na osebnih srečanjih ali z različnimi telekomunikacijskimi strategijami, pogosto vzpostavljajo dolgoročne odnose. Zdravstvena nega je sestavni del ADM, pri čemer diplomirana medicinska sestra ocenjuje, triažira, svetuje in spremlja stanja in rezultate pacientov. Med vsakim srečanjem v ADM se diplomirana medicinska sestra osredotoča na varnost pacientov in kakovost zdravstvene nege z uporabo ustreznih intervencij zdravstvene nege, kot so prepoznavanje in razjasnitev potreb pacientov, izvajanje postopkov zdravstvene nege, vodenje zdravstvene vzgoje, spodbujanje zagovornišтва pacientov, usklajevanje zdravstvene nege in drugih zdravstvenih storitev, pomoč pacientu pri krmarjenju po zdravstvenem sistemu in ocenjevanje njegovih izidov (Lewis, 2014). Srečanja med diplomirano medicinsko sestro in pacientom se lahko pojavijo enkrat ali večkrat, lahko se zgodijo posamezno ali v skupini. Diplomirane medicinske sestre v ADM izvajajo še naslednje aktivnosti (Haas, et al., 2013; Martinez, et al., 2015):

- Pomagajo in podpirajo paciente ter njihove družine pri optimalnem upravljanju njihove zdravstvene oskrbe ob spoštovanju njihove kulture in vrednot, individualnih potreb, zdravstvenih ciljev in želje po zdravljenju.
- Olajšajo kontinuiteto oskrbe s pomočjo postopka zdravstvene nege, multidisciplinarnega sodelovanja in usklajevanja ustreznih zdravstvenih storitev ter virov skupnosti v celotnem zdravstvenem kontinuumu.

- Načrtujejo, upravljajo in ocenjujejo zdravstvene storitve znotraj organizacije v skladu z ustreznimi zveznimi zahtevami, državnimi zakoni in zakoni o medicinskih sestrah, regulativnimi standardi ter institucionalnimi politikami in postopki.
- Si prizadevajo za vseživljenjsko učenje, ki posodablja in širi njihove klinične, organizacijske in poklicne vloge in odgovornosti.
- Pozivajo k izvajanju praks, ki temeljijo na dokazih.

2.4.1 Promocija zdravja v sklopu ambulate družinske medicine

Bilban (2010, p. 52) navaja, da je: »promocija zdravja proces, ki omogoča posamezniku ali skupini, da poveča nadzor nad lastnim zdravjem, ga ohranja in krepi. Njen cilj je z osveščanjem prebivalcev in zmanjševanjem števila ljudi z nezdravim življenjskim slogom doseči boljše zdravje, ki je eno od osnovnih potreb in za večino ljudi najvišja vrednota v življenju.« Namen zdravstvene vzgoje je sprememba zdravja posameznika. Z njo želimo opolnomočiti posameznika o načinih zdravega življenja in mu dati znanje, ki mu bo koristilo v življenju. Osrednja vloga diplomirane medicinske sestre je svetovalno in vzgojno delo, saj želimo v procesu zdravstvene vzgoje z različnimi metodami pri posamezniku doseči proces spreminjanja mišljenja in vedenja, povezanega z lastnim zdravjem. V pomoč so ustrezni pedagoški vzgojno-izobraževalni modeli (Kvas, 2011).

V Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (2014, str. 12) je zapisano, da so: »temeljne naloge medicinske sestre krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja.«

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti delovanje ADM in raziskati povezanost obravnave diplomirane medicinske sestre z dejavniki življenjskega sloga pri pacientih s kroničnimi boleznimi ter s tem ugotoviti uspešnost vodenja oseb v izbranih zdravstvenih domovih na Gorenjskem.

Cilji diplomskega dela so:

- Ugotoviti uspešnost obravnave pri pacientih s kroničnimi boleznimi v ADM glede na dejavnike življenjskega sloga, kot so: indeks telesne mase, pogostost telesne aktivnosti, način prehranjevanja, kadilski in alkoholni status, vrednost skupnega holesterola ter ocena stresa.
- Ugotoviti uspešnost vodenja pacientov s kroničnimi boleznimi v izbranih zdravstvenih domovih na Gorenjskem glede na provenienco iz mestne/podeželske ambulate.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregleda tuje in domače literature ter na podlagi zastavljenih ciljev smo razvili naslednji raziskovalni vprašanja:

1. Kakšna je uspešnost obravnave pri pacientih s kroničnimi boleznimi v ADM glede na dejavnike življenjskega sloga, kot so indeks telesne mase, pogostost telesne aktivnosti, način prehranjevanja, kadilski in alkoholni status, vrednost skupnega holesterola ter ocena stresa?
2. Kakšne so razlike pri uspešnosti vodenja pacientov s kroničnimi boleznimi v ADM glede na provenienco iz mestne/podeželske ambulate?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava temelji na neeksperimentalni kvantitativni metodi dela. Teoretični del diplomskega dela temelji na pregledu domače in tuje strokovne in znanstvene literature, ki ni starejša od deset let.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za teoretični del smo uporabili spletne podatkovne baze Obzornik zdravstvene nege, CINAHL, COBISS, Google učenjak, Medline, PubMed. Omejitveni kriteriji so starost pet (izjemoma deset) let, brezplačna dostopnost polnih besedil, angleški in slovenski jezik. Literaturo smo iskali s ključnimi besedami: življenjski slog, referenčne ambulate, ambulantna družinske medicine, obravnava; v angleškem jeziku pa: lifestyle factors, reference outpatient clinic, chronic disease clinic. Uporabili smo Boolove logične operatorje (AND, OR) za tvorbo različnih besednih zvez med opisanimi ključnimi besedami.

Podatke, potrebne za oblikovanje empiričnega dela, smo pridobili z uporabo retrospektivnega pregleda in analize podatkov, ki smo jih v anonimizirani obliki pridobili iz računalniškega sistema zdravstvenih domov.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Merskega instrumenta nismo potrebovali, iz računalniškega sistema izbranih zdravstvenih domov smo pridobili podatke o obravnavanih osebah, in sicer o spolu, letu rojstva, izobrazbi, statusu zaposlitve, časovnem obsegu obravnave v ADM, indeksu telesne mase, pogostosti telesne aktivnosti, načinu prehranjevanja, kadilskem in alkoholnem statusu, vrednosti skupnega holesterola ter oceni stresa. Razlik med zdravstveno obravnavo v mestni in podeželski ambulantni ni, vendarle pa smo paciente delili tudi glede na obravnavo v mestni in podeželski ADM.

3.3.3 Opis vzorca

Za raziskavo smo uporabili namenski vzorec, pri čemer so bile naša ciljna populacija osebe s kroničnimi boleznimi in dejavniki tveganja, ki so bile v letih 2014–2019 vsaj 5-krat obravnavane v ADM izbranih zdravstvenih domov. Glede na interne podatke izvajalcev aktivnosti v ADM je pogoje v enem zdravstvenem domu izpolnjevalo ravno 50 udeležencev, zato smo se tudi v drugem odločili za tako velikost vzorca. Zajeli smo prvih 50 oseb v evidencah.

Tabela 4 prikazuje, da je bilo 50 (50 %) udeležencev obravnavanih v podeželski ambulantni in 50 (50 %) v mestni ADM na Gorenjskem. V raziskavo je bilo zajetih 48 (48 %) moških in 52 (52 %) žensk. Večina udeležencev je upokojencev ($n = 94$, 94 %).

Tabela 4: Demografski podatki udeležencev

Demografski podatki		N	%
Spol	Ženski	52	52
	Moški	48	48
	Skupaj	100	100
Izobrazba	Osnovna šola	8	8
	Poklicna šola	27	27
	Gimnazija	29	29
	Fakulteta	22	22
	Podiplomski študij	12	12
	Skupaj	100	100
ADM	Podeželska ambulantna	50	50
	Mestna ambulantna	50	50
	Skupaj	100	100
Status zaposlitve	Zaposlen	4	4
	Brezposelna oseba	2	2
	Upokojenec	94	94
	Skupaj	100	100

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Povprečna starost udeležencev je 65,2 let, s standardnim odklonom 3,89 let. Razpon v letih udeležencev se giblje 59–71 let.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

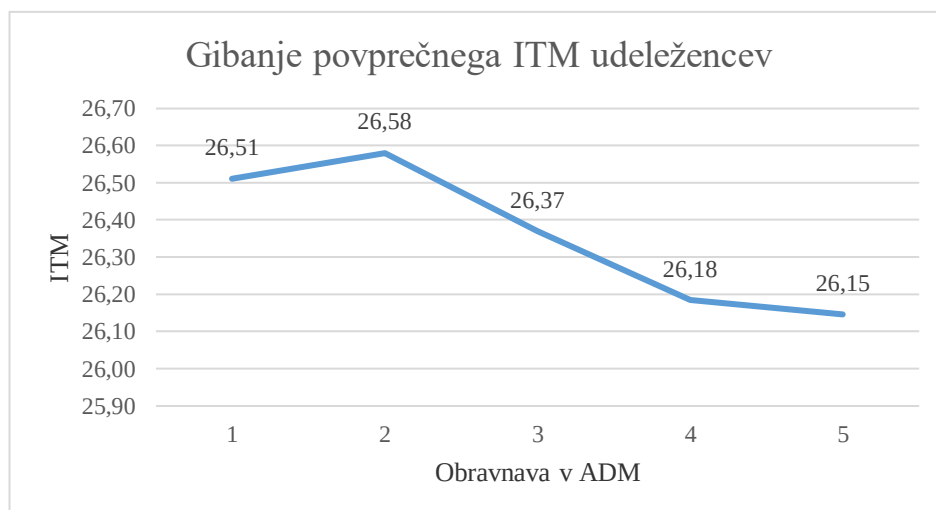
Pred začetkom empiričnega dela raziskave smo pridobili dovoljenje vodstva izbranih dveh zdravstvenih domov na Gorenjskem za uporabo anonimiziranih podatkov, tako da nam je bila identiteta pacientov neznana. Za potrebe raziskave smo določili podatke, ki jih smo zbrali in analizirali, da smo lahko opredelili uspešnost obravnave v ADM. Pridobljene podatke smo najprej obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel, nato pa še s pomočjo statističnega programskega orodja IBM SPSS (Statistical package for social sciences) verzije 21.0. Opisna statistika je bila izračunana za vse spremenljivke, pri tem pa so bili uporabljeni osnovni statistični izračuni, kot so frekvence, odstotki, aritmetična sredina in standardni odklon. Za ugotavljanje statistično pomembnih povezanosti je bil uporabljen enosmerni Pearsonov hi-kvadrat. Statistično pomembnost smo upoštevali pri vrednostih, nižjih od 0,05 ($p < 0,05$). Pridobljene rezultate smo prikazali s tabelami in grafi.

3.4 REZULTATI

Statistične rezultate smo v nadaljevanju prikazali glede na posamezno postavljeno raziskovalno vprašanje.

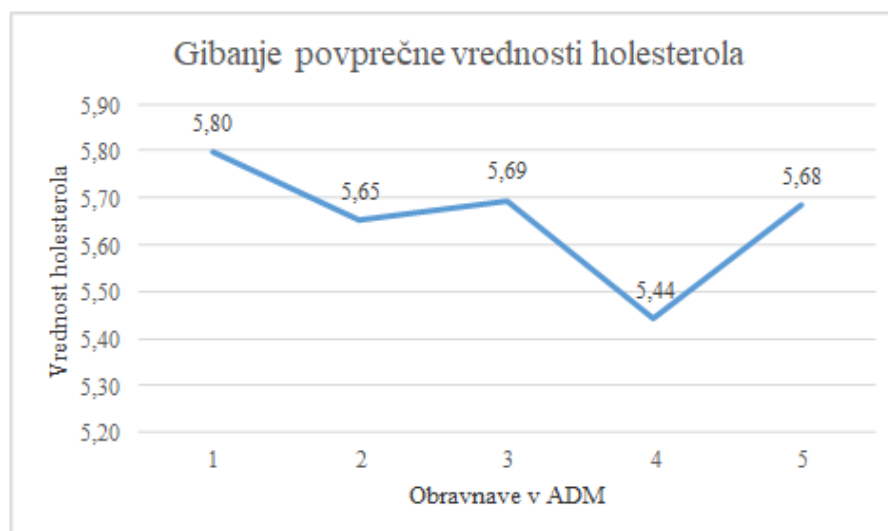
S prvim raziskovalnim vprašanjem smo ugotavljali, kakšna je uspešnost obravnave pri pacientih s kroničnimi boleznimi v ADM glede na dejavnike življenjskega sloga, kot so indeks telesne mase, vrednost krvnega tlaka, pogostost telesne aktivnosti, način prehranjevanja, kadilski in alkoholni status, vrednost skupnega holesterola ter ocena stresa.

Slika 1 prikazuje gibanje povprečnega ITM udeležencev v petih letih obravnave v ADM. Leta 2015 je bil povprečni ITM udeležencev 26,51, leta 2016 26,58, leta 2017 26,37, leta 2018 26,18, leta 2019 pa je znašal 26,15. Udeležencem je ITM od prve do druge obravnave v ADM v povprečju narastel, potem pa je bil v povprečju vsako leto nižji.



Slika 1: Gibanje povprečnega ITM udeležencev v petih letih obravnave v ADM

Slika 2 prikazuje gibanje povprečne vrednosti holesterola udeležencev v petih letih obravnave v ADM. Leta 2015 je bila povprečna vrednost holesterola udeležencev 5,80, leta 2016 5,65, leta 2017 5,69, leta 2018 5,44, leta 2019 pa 5,68. Udeležencem je povprečna vrednost holesterola nihala, vendar je bila pri zadnji obravnavi v ADM nižja kot pri prvi.



Slika 2: Gibanje povprečne vrednosti holesterola udeležencev v petih letih obravnave v ADM

Tabela 5 prikazuje telesno aktivnost udeležencev po letih obravnave v ADM. Iz tabele je razvidno, da je bila leta 2015 telesna aktivnost nezadovoljiva pri 24 % (n = 24) udeležencev, leta 2019 pa se je odstotna vrednost znižala na 19 % (n = 19). Zadovoljivo telesno aktivnost je leta 2015 imelo 53 % (n = 53) udeležencev, leta 2019 pa 57 % (n = 57). Iz tabele je razvidno, da se vrednosti nezadovoljive telesne aktivnosti znižujejo, vrednosti zadovoljive pa zvišujejo. Diplomirana medicinska sestra je telesno aktivnost ocenjevala z Algoritmom odločanja in ukrepanja diplomirane medicinske sestre, ki je uradni vprašalnik NIJZ (2017), ki ga diplomirana medicinska sestra uporablja v ADM (Priloga 2).

Tabela 5: Telesna aktivnost udeležencev po letih obravnave v ADM

Leto obravnave v ADM	Telesna aktivnost udeležencev					
	Nezadovoljiva		Mejna		Zadovoljiva	
	n	%	n	%	n	%
2015	24	24	23	23	53	53
2016	23	23	24	24	53	53
2017	23	23	24	24	54	54
2018	19	19	24	24	57	57
2019	19	19	24	24	57	57

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Tabela 6 prikazuje prehrano udeležencev po letih obravnave v ADM. Iz tabele je razvidno, da je bila leta 2015 prehrana neustrezna pri 80 % (n = 80) udeležencev, leta 2019 pa le še pri 45 % (n = 45) udeležencev. Ustrezno prehrano je leta 2015 imelo 16 % (n = 16), leta 2019 pa 23 % udeležencev (n = 23). Diplomirana medicinska sestra je prehrano kot ustrezno, neustrezno ali zadovoljivo opredelila na podlagi vprašalnika Algoritma odločanja in ukrepanja diplomirane medicinske sestre, ki je uradni vprašalnik NIJZ (2017), ki ga diplomirana medicinska sestra uporablja v ADM (Priloga 2).

Tabela 6: Prehrana udeležencev po letih obravnave v ADM

Leto obravnave v ADM	Prehrana udeležencev					
	Neustrezna		Zadovoljiva		Ustrezna	
	n	%	n	%	n	%
2015	80	80	4	4	16	16
2016	75	75	9	9	16	16
2017	63	63	16	16	21	21
2018	42	42	38	38	20	20

Leto obravnave v ADM	Prehrana udeležencev					
	Neustrezna		Zadovoljiva		Ustrezna	
	n	%	n	%	n	%
2019	45	45	32	32	23	23

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Tabela 7 prikazuje kadilski status udeležencev po letih obravnave v ADM. Leta 2015 ni kadilo 54 % (n = 54) udeležencev, leta 2019 pa 62 % (n = 62). Leta 2015 je kadilo 46 % (n = 46), leta 2019 pa 38 % udeležencev (n = 38). Vrednosti v tabeli prikazujejo, da se z leti obravnave v ADM odstotni delež kadilcev znižuje.

Tabela 7: Kadilski status udeležencev po letih obravnave v ADM

Leto obravnave v ADM	Kadilski status udeležencev			
	Ne		Da	
	n	%	n	%
2015	54	54	46	46
2016	53	53	47	47
2017	58	58	42	42
2018	63	63	37	37
2019	62	62	38	38

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Tabela 8 prikazuje pivski status udeležencev po letih obravnave v ADM. Leta 2015 je abstiniralo 32 % (n = 32) udeležencev, leta 2019 pa 33 % (n = 33). Leta 2015 je tvegano pilo 24 % (n = 24), leta 2019 pa 10 % udeležencev (n = 10). Iz tabele 5 je razvidno, da se je v obravnavanih letih v ADM zvišal delež udeležencev, ki ne pijejo tvegano, in znižal delež udeležencev, ki pijejo tvegano. Diplomirana medicinska sestra je tveganost pitja alkohola ocenjevala z vprašalnikom AUDIT-C.

Tabela 8: Pivski status udeležencev po letih obravnave v ADM

Leto obravnave v ADM	Pivski status udeležencev					
	Abstinent		Ne pije tvegano		Tvegano pitje	
	n	%	N	%	n	%
2015	32	32	44	44	24	24
2016	32	32	45	45	23	23
2017	32	32	49	49	19	19
2018	33	33	57	57	10	10
2019	33	33	57	57	10	10

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

V tabeli 9 so prikazane vrednosti, ki se nanašajo na stres udeležencev po letih obravnave v ADM. Leta 2015 je bilo ogroženih 35 % (n = 35), leta 2019 pa 18 % (n = 18) udeležencev. Leta 2015 stresa ni občutilo 65 % (n = 65) udeležencev, leta 2019 pa 82 % udeležencev. Diplomirana medicinska sestra je stres pri udeležencih določila na podlagi vprašalnika Algoritem odločanja in ukrepanja diplomirane medicinske sestre (NIJZ, 2017) (Priloga 2).

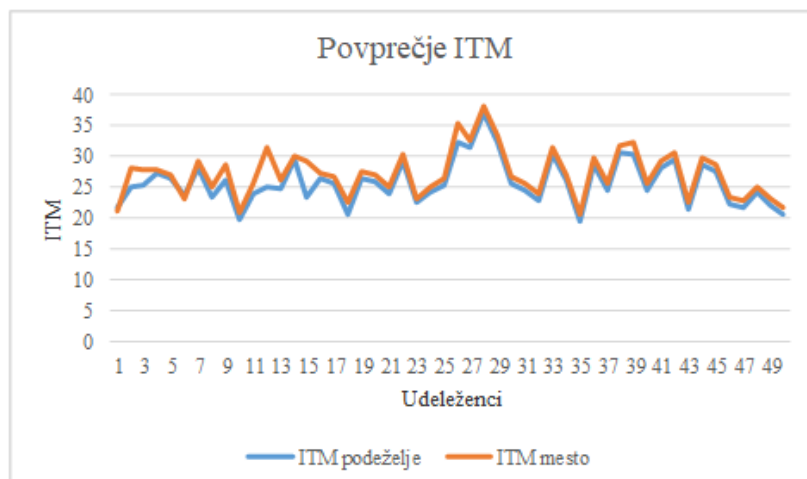
Tabela 9: Stres udeležencev po letih obravnave v ADM

Leto obravnave v ADM	Stres udeležencev			
	Ne		Ogrožen	
	N	%	n	%
2015	65	65	35	35
2016	65	65	35	35
2017	70	70	30	30
2018	80	80	20	20
2019	82	82	18	18

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Z drugim raziskovalnim vprašanjem so preučevali, kakšne so povezanosti oziroma razlike med vodenjem pacientov s kroničnimi boleznimi v ADM glede na mestno/podeželsko ambulantno.

Slika 3 prikazuje povprečje vrednosti ITM udeležencev v vseh letih glede na podeželsko/mestno ambulantno. Udeleženci iz podeželske ambulante imajo povprečno vrednost ITM 25,7, udeleženci iz mestne ambulante pa 27,1.



Slika 3: Povprečni ITM udeležencev glede na mestno/podeželsko ambulanto

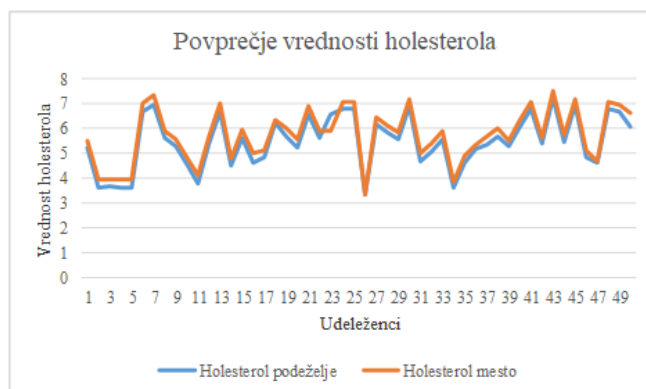
Tabela 10 prikazuje razlike v povprečnem ITM glede na mestno/podeželsko ambulanto. Iz tabele je razvidno, da je povprečni ITM vsa leta nižji pri udeležencih iz podeželske ambulante kot pri udeležencih iz mestne ambulante. S t-testom smo preverjali statistično pomembne razlike med ITM udeležencev in provenienco iz mestne/podeželske ambulante. Statistično pomembna razlika se kaže pri ITM leta 2016 ($p = 0,014$) in ITM leta 2019 (0,009), na podlagi česar lahko sklepamo, da statistično pomembne razlike med ITM in mestno/podeželsko ambulanto obstajajo.

Tabela 10: Razlike v povprečnem ITM glede na mestno/podeželsko ambulanto

Leto obravnave v ADM	Ambulanta	N	PV	SO	p
2015	Mestna ambulanta	50	26,99	3,859	0,914
	Podeželska ambulanta	50	25,25	5,037	
2016	Mestna ambulanta	50	25,36	7,693	0,014
	Podeželska ambulanta	50	23,93	7,382	
2017	Mestna ambulanta	50	26,97	3,842	0,121
	Podeželska ambulanta	50	24,38	5,646	
2018	Mestna ambulanta	50	25,69	6,613	0,221
	Podeželska ambulanta	50	23,65	6,930	
2019	Mestna ambulanta	50	24,90	7,580	0,009
	Podeželska ambulanta	50	22,12	8,937	

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

Slika 4 prikazuje povprečne vrednosti holesterola udeležencev v vseh letih glede na provenienco iz mestne/podeželske ambulate. Udeleženci iz podeželske ambulate imajo povprečno vrednost holesterola 5,45, udeleženci iz mestne ambulate pa 5,71.



Slika 4: Povprečne vrednosti holesterola udeležencev glede na mestno/podeželsko ambulanto

Tabela 11 prikazuje razlike v povprečnih vrednostih holesterola glede na provenienco iz mestne/podeželske ambulate. Iz tabele je razvidno, da so povprečne vrednosti holesterola vsa leta nižje pri udeležencih iz podeželske ambulate kot pri udeležencih iz mestne ambulate. S t-testom smo preverjali statistično pomembne razlike med vrednostmi holesterola udeležencev in provenienco iz mestne/podeželske ambulate. Do statistično pomembnih razlik med spremenljivkama ne prihaja.

Tabela 11: Razlike v povprečnih vrednostih holesterola glede na mestno/podeželsko ambulanto

Leto obravnave v ADM	Ambulanta	N	PV	SO	p
2015	Mestna ambulanta	50	5,75	1,231	0,716
	Podeželska ambulanta	50	5,49	1,066	
2016	Mestna ambulanta	50	5,53	1,678	0,497
	Podeželska ambulanta	50	5,17	1,778	
2017	Mestna ambulanta	50	5,53	1,178	0,470
	Podeželska ambulanta	50	5,26	1,140	
2018	Mestna ambulanta	50	5,27	1,841	0,648
	Podeželska ambulanta	50	5,18	1,047	
2019	Mestna ambulanta	50	5,78	1,621	0,456
	Podeželska ambulanta	50	5,27	1,141	

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

V tabeli 12 so prikazane vrednosti telesne aktivnosti udeležencev po letih obravnave v ADM glede na provenienco iz mestne/podeželske ambulate. Udeležencem, ki so bili obravnavani v podeželski ADM, se je zadovoljiva telesna aktivnost zvišala s 15 % (n = 30) na 15,5 % (n = 31). Udeležencem, ki so bili obravnavani v mestni ADM, se je zadovoljiva telesna aktivnost dvignila s 11,5 % (n = 23) na 13 % (n = 26). Vrednosti v tabeli kažejo, da se je telesna aktivnost skozi leta obravnave zvišala pri udeležencih iz obeh vrst ADM. S Pearsonovim hi-kvadratom smo preverjali povezanost med telesno aktivnostjo udeležencev in provenienco iz mestne/podeželske ambulate. Do statistično pomembne povezanosti med omenjenima spremenljivkama ne prihaja.

Tabela 12: Telesna aktivnost udeležencev po letih obravnave v ADM glede na mestno/podeželsko ambulantno

Leto obravnave v ADM	Telesna aktivnost udeležencev glede na mestno/podeželsko ambulantno												p
	Podeželska ambulantna						Mestna ambulantna						
	Nezadovoljiva		Mejna		Zadovoljiva		Nezadovoljiva		Mejna		Zadovoljiva		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2015	10	5	10	5	30	15	14	7	13	6,5	23	11,5	0,251
2016	11	5,5	11	5,5	28	14	12	6	13	6,5	25	12,5	0,248
2017	11	5,5	11	5,5	28	14	12	6	13	6,5	25	12,5	0,151
2018	9	4,5	10	5	31	15,5	10	5	14	7	26	13	0,229
2019	9	4,5	10	5	31	15,5	10	5	14	7	26	13	0,177

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež, p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

Tabela 13 prikazuje prehrano udeležencev po letih obravnave v ADM glede na provenienco iz mestne/podeželske ambulate. Leta 2015 je ustrezno prehrano imelo 5 % (n = 10) udeležencev v podeželski ambulantni, v mestni pa 3 % (n = 6). Leta 2019 je imelo v podeželski ambulantni ustrezno prehrano 6,5 % (n = 13), v mestni pa 5 % (n = 10) udeležencev. S Pearsonovim hi-kvadratom smo preverjali povezanost med prehrano udeležencev in provenienco iz mestne/podeželske ambulate. Do statistično pomembne povezanosti prihaja pri prehrani udeležencev leta 2015 in mestno/podeželsko ambulantno ($p = 0,015$), prehrani udeležencev leta 2018 ter mestno/podeželsko ambulantno ($p = 0,028$) ter pri prehrani udeležencev leta 2019 in mestno/podeželsko ambulantno ($p = 0,045$). Na podlagi dobljenih rezultatov lahko sklepamo, da prihaja do statistično

pomembne povezanosti med prehrano udeležencev glede na provenienco iz mestne/podeželske ADM.

Tabela 13: Prehrana udeležencev po letih obravnave v ADM glede na mestno/podeželsko ambulanto

Leto obrnave v ADM	Prehrana udeležencev glede na mestno/podeželsko ambulanto												p
	Podeželska ambulanta						Mestna ambulanta						
	Neustrezna		Zadovoljiva		Ustrezna		Neustrezna		Zadovoljiva		Ustrezna		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2015	39	19,5	1	0,5	10	5	41	20,5	3	1,5	6	3	0,015
2016	35	17,5	5	2,5	10	5	40	20	4	2	6	3	0,455
2017	30	15	9	4,5	11	5,5	33	16,5	7	3,5	10	5	0,214
2018	20	10	19	9,5	11	5,5	22	11	19	9,5	9	4,5	0,028
2019	20	10	17	8,5	13	6,5	25	12,5	15	7,5	10	5	0,045

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež, p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

Tabela 14 prikazuje kadilski status udeležencev po letih obravnave v ADM glede na provenienco iz mestne/podeželske ambulante. Leta 2015 je izmed pacientov, lečečih se v podeželski ambulanti, kadilo 8 % ($n = 16$), v mestni pa 15 % ($n = 30$) udeležencev. Leta 2019 je kadilo 7 % ($n = 14$), v mestni pa 12 % ($n = 24$) udeležencev. S Pearsonovim hi-kvadratom smo preverjali povezanost med kadilskim statusom udeležencev in provenienco iz mestne/podeželske ambulante. Med omenjenima spremenljivkama ne prihaja do statistično pomembne povezanosti.

Tabela 14: Kadilski status udeležencev po letih obravnave v ADM glede na mestno/podeželsko ambulanto

Leto obrnave v ADM	Kadilski status udeležencev								p
	Podeželska ambulanta				Mestna ambulanta				
	Ne		Da		Ne		Da		
	n	%	N	%	n	%	N	%	
2015	34	17	16	8	20	10	30	15	0,415
2016	33	16,5	17	8,5	20	10	30	15	0,211
2017	35	17,5	15	7,5	23	11,5	27	13,5	0,139
2018	35	17,5	15	7,5	28	14	22	11	0,221
2019	36	18	14	7	26	13	24	12	0,215

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež, p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

Tabela 15 prikazuje pivski status udeležencev po letih obravnave v ADM glede na provenienco iz mestne/podeželske ambulante. Leta 2015 je v podeželski ambulanti abstiniralo 9,5 % (n = 19), v mestni pa 6,5 % (n = 13) udeležencev, medtem ko je leta 2019 v podeželski ambulanti abstiniralo 10 % (n = 20) udeležencev, v mestni pa 6,5 % (n = 13). Iz tabele 15 je razvidno, da tvegano pije vsako leto večji delež udeležencev iz mestne ambulante kot iz podeželske. S Pearsonovim hi-kvadratom smo preverjali povezanost med pivskim statusom udeležencev in provenienco iz mestne/podeželske ambulante. Med omenjenima spremenljivkama ne prihaja do statistično pomembne povezanosti.

Tabela 15: Pivski status udeležencev po letih obravnave v ADM glede na mestno/podeželsko ambulanto

Leto obravnave v ADM	Pivski status udeležencev glede na mestno/podeželsko ambulanto												p
	Podeželska ambulanta						Mestna ambulanta						
	Abstinent		Ne pije tvegano		Pije tvegano		Abstinent		Ne pije tvegano		Pije tvegano		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2015	19	9,5	21	10,5	10	5	13	6,5	23	11,5	14	7	0,211
2016	19	9,5	22	11	9	4,5	13	6,5	14	7	23	11,5	0,321
2017	19	9,5	22	11	9	4,5	13	6,5	27	13,5	10	5	0,187
2018	20	10	27	13,5	3	1,5	13	6,5	30	15	7	3,5	0,321
2019	20	10	27	13,5	3	1,5	13	6,5	30	15	7	3,5	0,119

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež, p = statistična značilnost (p < 0,05)

Tabela 16 prikazuje stres udeležencev po letih obravnave v ADM glede na provenienco iz mestne/podeželske ambulante. Stres je leta 2015 doživljalo več udeležencev iz mestne ambulante (10 %, n = 20) kot iz podeželske ambulante (7,5 %, n = 15). Leta 2019 v podeželski ambulanti ni stresa doživljal noben udeleženec, v mestni pa je stres doživljalo 9 % (n = 18) udeležencev. S Pearsonovim hi-kvadratom smo preverjali povezanost med stresom udeležencev in provenienco iz mestne/podeželske ambulante. Do statistično pomembne povezanosti med spremenljivkama prihaja vsa leta obravnave v ADM – 2015 (p = 0,015), 2016 (p = 0,032), 2017 (p = 0,041), 2018 (p = 0,008), 2019 (p = 0,032).

Tabela 16: Stres udeležencev po letih obravnave v ADM glede na mestno/podeželsko ambulanto

Leto obravnave v ADM	Stres udeležencev								p
	Podeželska ambulanta				Mestna ambulanta				
	Ne		Ogrožen		Ne		Ogrožen		
	n	%	N	%	n	%	n	%	
2015	35	17,5	15	7,5	30	15	20	10	0,015
2016	37	18,5	13	6,5	28	14	22	11	0,032
2017	40	20	10	5	30	15	20	10	0,041
2018	48	24	2	1	32	16	18	9	0,008
2019	50	25	0	0	32	16	18	9	0,032

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež, p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

3.5 RAZPRAVA

Kronične nenalezljive bolezni vsako leto povzročijo smrt 41 milijonov ljudi po vsem svetu (World Health Organization (WHO, n.d.)). Izzive pri doseganju ciljev obvladovanja kroničnih nenalezljivih bolezni povečujejo zdravstveni sistemi, omejeni z viri, in pomanjkanje ponudnikov zdravstvenih storitev (Vedanthan, et al., 2019). Primanjkljaj pri dostopu do zdravstvene oskrbe prispeva k veliki incidenci neupoštevanja zdravljenja in spreminjanja življenjskega sloga (Himmelfarb, et al., 2016). Diplomirane medicinske sestre so ključna in premalo upoštevana komponenta za trajnostno, razširljivo in sistemsko izboljšanje obvladovanja kroničnih nenalezljivih bolezni (Vedanthan, et al., 2019). Pokazalo se je, da celovito zdravljenje, vključno s spremembo življenjskega sloga in upoštevanjem načrta zdravljenja, izboljšuje navade posameznikov, s tem pa se znižuje tudi srčno-žilna obolevnost in umrljivost (Himmelfarb, et al. 2016; WHO, n.d.). Pobude, ki jih vodijo diplomirane medicinske sestre, so ključni sestavni del multidisciplinarnega pristopa in so bistvene za uspešne in trajnostne izboljšave (Vedanthan, et al., 2019). V diplomskem delu smo predstavili delovanje ADM in raziskali povezanost obravnave diplomirane medicinske sestre z dejavniki življenjskega sloga pri pacientih s kroničnimi boleznimi ter s tem ugotavljali uspešnost vodenja oseb v dveh izbranih zdravstvenih domovih na Gorenjskem.

Z raziskavo smo ugotavljali uspešnost obravnave pri pacientih s kroničnimi boleznimi v ADM glede na dejavnike življenjskega sloga, kot so indeks telesne mase, pogostost

telesne aktivnosti, način prehranjevanja, kadilski in alkoholni status, vrednost skupnega holesterola ter ocena stresa. Rezultati raziskave so pokazali, da se je udeležencem v petih letih obravnave v ADM v povprečju znižal ITM, znižala se je vrednost holesterola, telesna aktivnost se je izboljšala, prehrana je postala ustrežnejša, odstotek kadilcev se je znižal, prav tako se je znižal odstotek udeležencev, ki tvegano pijejo alkohol. Udeleženci so v petih letih obravnave v ADM manj pod stresom. Rezultati raziskave so pokazali, da so se, kljub določenemu nihanju, individualni dejavniki življenjskega sloga pri udeležencih izboljšali. Tudi Azami, et al. (2018) so prišli do podobnih ugotovitev – pri udeležencih so se izkazale pomembne izboljšave pri nadzoru glikemije, krvnem tlaku, telesni masi, samoupravljanju kronične bolezni in pri socialni podpori. Lidin, et al. (2018) so v raziskavi na Švedskem ocenjevali učinke strukturiranega intervencijskega programa na življenjske navade in kakovost življenja po šestih mesecih in enem letu pri udeležencih s povečanim kardiovaskularnim tveganjem. Udeleženci s povečanim kardiovaskularnim tveganjem, starejši od 18 let, so bili napoteni iz primarnega zdravstvenega varstva in bolnišnic. Program se je začel izvajati v ambulanti na oddelku za kardiologijo v univerzitetni bolnišnici. Vodila ga je diplomirana medicinska sestra, ki je predavala o zdravem življenjskem slogu in merila dejavnike zdravega življenjskega sloga na začetku delavnice, po šestih mesecih in enem letu. Poleg tega je bilo udeležencem in njihovim sorodnikom ali prijateljem na voljo pet skupinskih sej, osredotočenih na kajenje, alkohol, telesno aktivnost, prehranjevalne navade, stres, spanje in vedenjske spremembe. Navade življenjskega sloga in kakovost življenja so bili ocenjeni z vprašalniki na začetku, po šestih mesecih in enem letu. V primerjavi z izhodiščem so bile opažene pomembne in ugodne spremembe življenjskih navad udeležencev. Raven vadbe je bila po enem letu višja, čas sedenja pa se je zmanjšal s 7,4 na 6,3 ure/dan. Prehranske navade so se izboljšale, število udeležencev z veliko porabo alkohola pa se je zmanjšalo. Kakovost življenja se je po enem letu izboljšala. Sodelovanje v strukturiranem programu življenjskega sloga je pri udeležencih s povečanim kardiovaskularnim tveganjem v enem letu izboljšalo življenjske navade in kakovost življenja. Načini dela, kot so medpoklicno timsko delo, osredotočenost na način življenja in ne na bolezen ter združevanje posameznih obiskov in skupinskih sej so lahko osrednjega pomena za pozitiven izid programa (Qin, et al., 2020). Zagotavljanje trajnostne oskrbe, ki je dostopna, mora vključevati promocijo

zdravja in preprečevanje bolezni. To ni izključno področje dela v zdravstveni negi ampak vsebuje multidisciplinarni pristop, z pomembno ne pa izključno vlogo diplomirane medicinske sestre. Spies, et al. (2019) navajajo, da intervencije, ki jih vodijo diplomirane medicinske sestre, sinergistično povečujejo uporabo sredstev, izboljšujejo rezultate pacientov in zagotavljajo dodatne podatke o stanju pacienta v zdravstvenem sistemu. Opolnomočenje diplomiranih medicinskih sester za izvajanje posegov, ki temeljijo na dokazih, izboljšuje klinično oskrbo in zdravstvene izide pri prebivalstvu. Diplomirane medicinske sestre so v idealnem položaju za izboljšanje upoštevanja načrta zdravljenja in spodbujanja sprememb življenjskega sloga, ki vodijo v zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni. Združene rešitve, ki temeljijo na dokazih z uporabo sistemsko prilagodljivega pristopa, bodo medsebojno sodelovale in izboljšale vedenjske in fiziološke rezultate pacientov.

Ugotavljali smo razlike pri uspešnosti vodenja pacientov s kroničnimi boleznimi v ADM glede na provenienco iz mestne/podeželske ambulate. Rezultati raziskave so pokazali, da je povprečni ITM vsa leta nižji pri udeležencih iz podeželske ambulate. Do podobnih rezultatov je prišel tudi Sun, et al. (2019), ki je v raziskavi ugotovil, da imajo pacienti iz mestne ambulate višji ITM kot pacienti iz podeželske. Rezultati t-testa kažejo, da obstajajo statistično pomembne razlike med ITM in provenienco iz podeželske/mestne ambulate. Rezultati raziskave so pokazali tudi, da so povprečne vrednosti holesterola vsa leta nižje pri udeležencih iz podeželske ambulate kot pri udeležencih iz mestne ambulate. Sun, et al. (2019) v raziskavi na Kitajskem pojasnjujejo, da imajo pacienti v mestih boljši dostop do zdravstvenih storitev in bolje skrbijo za preventivo kot pacienti na podeželju. Telesna aktivnost se je v naši raziskavi skozi leta obravnave (od 2015 do 2020) zvišala pri udeležencih iz obeh ADM, tako mestne kot podeželske. Prehrana udeležencev se je izboljšala tako v mestni kot podeželski ambulant, korelacijski koeficient pa je pokazal, da prihaja do statistično pomembne povezanosti med prehrano udeležencev glede na provenienco iz podeželske/mestne ADM. Tudi število kadilcev in pivcev alkohola se je tako v mestni kot podeželski ambulant zmanjšalo. Stres je leta 2015 doživljalo več udeležencev iz mestne kot iz podeželske ambulate. Medtem ko leta 2019 v podeželski ambulant stresa ni doživljal noben udeleženec, ga je v mestni ambulant doživljalo 9 %

udeležencev. Ugotovili smo statistično pomembno povezanost med stresom udeležencev in provenienco iz mestne/podeželske ambulate. Do podobnih rezultatov so prišli tudi Spont, et al. (2011), ki so ugotovili povezanost med stresom pacientov in prebivanjem v mestu. Rezultati raziskave kažejo, da so individualne dejavnike življenjskega sloga nekoliko bolj izboljšali udeleženci, obravnavani v podeželski ADM, vendar rezultatov ne moremo posplošiti na celotno populacijo, prav tako ne trditi, da je obravnava v podeželski ADM boljša kot v mestni. Podeželja oz. predmestja so v Sloveniji tako blizu mest, da je zdravstvena obravnava povsod primerljiva. Primerjavo med mestom in podeželjem smo opravili, ker smo v literaturi zasledili raziskave, ki so prikazovale statistično pomembne razlike. V nekaterih večjih državah lahko prihaja do razlik pri obrnavi v mestnih in podeželskih ADM (Qin, et al., 2020). Qin, et al. (2020) navajajo, da kljub izboljšanju zdravstvenih rezultatov v zadnjih nekaj desetletjih Kitajska še vedno doživlja izrazite neenakosti v zdravju pacientov s podeželja in mesta. Izvedli so presečno raziskavo, s katero so primerjali uspešnost zdravstvenega sistema med podeželji in mesti. V primerjavi z mesti so imela podeželja slabše rezultate pri obvladovanju hipertenzije in sladkorne bolezni. Boljša uspešnost se je na podeželju izkazala na področju osredotočenosti na paciente z več kot dvakrat večjimi možnostmi, da bi dobili takojšnjo pozornost, spoštovanje in jasnost komunikacije z izvajalcem zdravstvenih storitev in vključenost v odločanje o zdravljenju v bolnišnični oskrbi. Fox, et al. (2015) trdijo, da neenakost obravnave je bila ugotovljena pri številnih kazalnikih, povezanih z učinkovitostjo, stroški in dostopnostjo ADM na podeželju in v mestu. Ugotovitve njihove raziskave kažejo, da so mestne ADM dosegle boljše preprečevanje in obvladovanje nenalezljivih bolezni kot podeželske ADM, ob tem, da je bil dostop do zdravstvenega varstva enakovreden. Za razvoj ustreznih ukrepov politike, ki obravnavajo te razlike, je potrebno njihovo boljše razumevanje. Pacienti na podeželju redkeje uporabljajo zdravstveno preventivno nego kot mestni prebivalci, prav tako imajo težave pri dostopu do zdravstvenega varstva. V Sloveniji ne moremo delati primerjave, vendar v tujini, v primerjavi z zasebno zavarovanimi prebivalci, tisti, ki so vpisani v programe javnega zdravstvenega zavarovanja, redkeje uporabljajo preventivno oskrbo. Sistemske ovire za podeželsko prebivalstvo vključujejo finančne ovire, razdaljo do klinik in pomanjkanje razpoložljivih klinik (Allen, et al., 2014). Loftus, et al. (2018) v raziskavi ugotavljajo razlike med podeželskim in mestnim ADM v sistemskih in

individualnih ovirah ter dostopu do preventivnega varstva med odraslimi in otroki, vključenimi v program javnega zavarovanja v Minnesoti. Udeleženci na podeželju, v primerjavi s tistimi iz mesta, pogosteje niso poročali o preventivni oskrbi v zadnjem letu. Diskriminacija, stroški oskrbe in negotovost glede zavarovalnega kritja ovirajo dostop do oskrbe tako pri podeželskih kot pri mestnih udeležencih. Prihodnje raziskave bi morale raziskati dodatne dejavnike, povezane z razlikami v dostopu ADM, na podlagi tega, ali ima pacient prebivališče na podeželju ali v mestu.

Izvajalci zdravstvenih storitev, zlasti diplomirane medicinske sestre, bi morali pacientom s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi zagotoviti stalno, osredotočeno zdravstveno izobraževanje in usposabljanje, ki bi jim pomagalo nadzorovati kronično bolezen in ohraniti zdravje. Zdravstveni sektor bi moral okrepiti prizadevanja za zdravstveno izobraževanje prebivalstva glede vrste življenjskega sloga, zaradi katerega je v nevarnosti za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni, najbolj prek množičnih medijev. Izobraževanje more biti daljše (od običajnega 10–15-minutnega pogovora) in osredotočeno k spodbujanju spreminjanja življenjskega sloga (Oyewole, et al., 2019). Diplomirane medicinske sestre so največja in najbolj zaupanja vredna skupina zdravstvenih delavcev. Imajo edinstven položaj, da navdihujejo pozitivne spremembe in preoblikujejo zdravstveno oskrbo, saj služijo kot most med teorijo in prakso (Grady & Gough, 2015). Pri izobraževanju pacientov o obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni se spodbuja tesna vključenost pacientov in medicinskih sester. Diplomirane medicinske sestre so v idealnem položaju za spremljanje bolezni, dajanje povratnih informacij in izobraževanje o ključnih vidikih samoupravljanja kroničnih nenalezljivih bolezni (Hollis, et al., 2014).

Omejitev raziskave je majhen, nereprezentativen vzorec, ki je bil posledica pridobivanja podatkov udeležencev, ki so bili pet let zaporedoma obravnavani v ADM. Omejitev je tudi ta, da se baza podatkov v ADM vodi šele 10 let. V raziskavo nismo zajeli vseh pacientov, ki so v bazi, saj niso bili vsi obravnavani pet let zapored. Omejili smo se tudi na iskanje člankov v angleškem in slovenskem jeziku. Relevantnih, prosto dostopnih člankov, ki bi primerjali obravnavo v ADM na podeželju in mestu, nismo našli, prav tako nismo našli podatkov, ki kažejo na spremembo individualnih dejavnikov

življenjskega sloga pri osebah, obravnavanih v ADM. Priporočamo nadaljnje raziskovanje obravnavane tematike.

4 ZAKLJUČEK

V razvitem svetu je življenjski slog eden najpomembnejših dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje prebivalstva. Velik odstotek zdravstvenih posvetov v primarnem in specialističnem zdravstvu je posledica bolezni, povezanih z življenjskim slogom (ki jih je mogoče preprečiti). Prav tako velika večina smernic priporoča spremembe načina življenja kot prvi nemedikamentozni ukrep zdravljenja – zato življenjski slog ni le vprašanje javnega zdravja, temveč je tudi zelo pomemben pri terapevtskem obvladovanju bolezni, zlasti kroničnih patologij. Intervencije, ki jih vodijo diplomirane medicinske sestre v ADM in ki spodbujajo spreminjanje življenjskega sloga, se lahko uporabijo pri rutinski oskrbi nenalezljivih bolezni. Sprememba življenjskega sloga je tako preventivna za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni, izboljšuje dolgoročne rezultate zdravljenja in zmanjšuje njegove stroške.

Z raziskavo smo ugotovili, da se individualni dejavniki življenjskega sloga pri osebah, obravnavanih v ADM na Gorenjskem, izboljšujejo. ADM imajo učinkovito strategijo in pristope, ki se uporabljajo pri preprečevanju in zdravljenju kroničnih bolezni (sladkorna bolezen, holesterol, povišan krvni tlak ipd.).

Priporočamo nadaljnje raziskovanje obravnavane tematike z vključenim vseslovenskim vzorcem, s katerim bi pridobili podatke, ki bi jih lahko posplošili na celotno populacijo.

5 LITERATURA

Aceijas, C., Waldhäusl, S., Lambert, N., Cassar, S. & Bello-Corassa, R., 2017. Determinants of health-related lifestyles among university students. *Perspect Public Health*, 137(4), pp. 227-236.

Allen, H., Wright, B.J. & Baicker, K., 2014. New Medicaid enrollees in Oregon report health care successes and challenges. *Health (Millwood)*, 33(2), pp. 292-299.

Azami, G., Soh, K.L., Sazlina, S.G., Salmiah, S., Azami, S., Mozafari, M. & Taghinejad, H., 2018. Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research*, 18(15), pp. 1-12.

Bilban, M., 2018. Debelost – javnozdravstveni problem delovne populacije. *Delo in varnost*, 2(8), pp. 28-41.

Bilban, M., 2010. Promocija zdravja v različnih življenjskih obdobjih s poudarkom na zdravem prehranjevanju. In: A. Kraigher, T. Berger & S. Nikolič, eds. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2010. Zdrava prehrana in javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, pp. 54-57.

Bradley, K.A., Bush, K.R. & Epler, A.J., 2003. Two brief alcohol-screening tests From the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation in a female Veterans Affairs patient population. *Archives in Intern Medicine*, 163(3), pp. 821-829.

Delamaire, M. & Lafortune, G., 2010. *Nurses in advanced roles. A description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*. Pariz: OECD.

Dernovšek, M., Sedlar, N. & Tančič Grum, A., 2015. Stres. In: J. Farkaš Lainščak, I. Huber, J. Maučec Zakotnik, N. Sedlar, S. Verbovšek, eds. *Program integrirane*

preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), pp. 66-70.

Elkin, A., 2014. *Obvladovanje stresa za telebane*. Ljubljana: Pasadena.

Farhud, D.D., 2015. Impact of Lifestyle on Health. *Iranian journal of public health*, 44(11), pp. 1442–1444.

Farhud, D.D., Malmir, M. & Khanahmadi, M., 2015. Happiness as a healthy life style. Iranian Academy of Medical Science. *Quality Management in Health Care*, 17(4), pp. 312-319.

Farhud, D.D. & Tahavorgar, A., 2013. Melatonin hormone, metabolism & its clinical effects: a review. *Iran Journal of Endocrinol Metabolism*, 15(2), pp. 221-236.

Fox, J.B. & Shaw, F.E., 2015. Receipt of selected clinical preventive services by adults-United States, 2011–2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(27), pp. 738-742.

Frakes, K., Brownie, S., Davies, L., Thomas, J., Miller, M. & Tyack, Z., 2014. Experiences from an interprofessional student-assisted chronic disease clinic. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), pp. 573-575.

Ghaus, S., Ahsan, T., Sohail, E., Erum, U. & Aijaz, W., 2021. Burden of Elevated Body Mass Index and Its Association With Non-Communicable Diseases in Patients Presenting to an Endocrinology Clinic. *Cureus*, 13(2), doi: 10.7759/cureus.13471.

Grady, P.A. & Gough, L.L., 2015. Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(3), pp. 187-194.

Haas, S., Swan, B.A. & Haynes, T., 2013. Developing ambulatory care registered nurse competencies for care coordination and transition management. *Nursing Economics*, 31(1), pp. 44-49.

Himmelfarb, C.R.D., Commodore-Mensah, Y. & Hill, M.N., 2016. Expanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally. *Annals of Global Health*, 82(2), pp. 243-253.

Hlastan Ribič, C., Šerona, A., Maučec Zakotnik, J. & Borovničar, A., 2012. Čezmerna hranjenost in debelost. 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. 147-160.

Hollis, M., Glaister, K. & Lapsley, J.A., 2014. Do practice nurses have the knowledge to provide diabetes self-management education? *Contemporary Nurse*, 46(2), pp. 234-241.

Huselja, A., 2017. *Stres v uniformi*. Ljubljana: Chiara.

Jeriček Klanšček, H. & Bajt, M., 2015. Stres, depresija, izgorelost. *Delo in varnost*, 60(6), pp. 27-33.

Knific, T., Djomba, J.K. & Backović Juričan, A., 2015. Telesna dejavnost in funkcijska manjzmožnost. In: J. Farkaš Lainščak, I. Huber, J. Maučec Zakotnik, N. Sedlar & S. Verbovšek, eds. *Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), pp. 48-60.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71.

Kolšek, M., 2017. Preventivni pregled na področju tveganega in škodljivega pitja alkohola. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Priročnik za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), pp. 70-73.

Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 33-43.

Lewis, L.C., 2014. Charting a new course: Advancing the next generation of nursing-sensitive indicators. *Journal of Nursing Administration*, 44(5), pp. 247-249.

Lidin, M., Ekblom-Bak, E., Rydell Karlsson, M. & Hellénus, M.L., 2018. Long-term effects of a Swedish lifestyle intervention programme on lifestyle habits and quality of life in people with increased cardiovascular risk. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(6), pp. 613-622.

Loftus, J., Allen, E.M., Call, K.T. & Everson-Rose, S.A., 2018. Rural-Urban Differences in Access to Preventive Health Care Among Publicly Insured Minnesotans. *The journal of the rural health*, 34(1), pp. 48-55.

Martinez, K., Battaglia, R., Start, R., Mastal, M.F. & Matlock, A.M., 2015. Nursing-sensitive indicators in ambulatory care. *Nursing Economics*, 33(1), pp. 59-66.

Maučec Zakotnik, J., Čuš, B., Vrbovšek, S., Govc Eržen, J. & Medved, N., 2015. Program integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni pri odraslih – opis preventivne poti obravnavane osebe. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Priročnik za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), pp. 10-16.

Ministrstvo za zdravje, 2012. *Referenčne ambulate družinske medicine*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: <http://www.scribd.com/doc/59465490/Referen%C4%8Dne-ambulantesplo%C5%A1no-gradivo> [Accessed 11.2.2020].

Mlekuž, J., 2014. Ko teče maščoba skozi papir. *Časopis za kritiko znanosti*, 42(255), pp. 61–69.

Mozaffarian, D., Hao, T., Rimm, E.B., Willett, W. & Hu, F.B., 2011. Changes in diet and life style and long term weight gain in women & men. *The New England Journal of Medicine*, 364(12), pp. 2392–2404.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2021. *Z znanjem do boljšega zdravja*; [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/delavnica-zdrava-prehrana> [Accessed 15 June 2021].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2018. *Mednarodni dan gibanja*. [online] Available at: <http://www.nijz.si/sl/mednarodni-dan-gibanja-10-maj> [Accessed 30 March 2021].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2017. *Timska obravnava v referenčnih ambulantah družinske medicine*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/clanek_oe_nijz_timska_obravnava_v_radm_04052017.pdf [Accessed 11.2.2020].

Oyewole, O.M., Olorunfemi, O., Ojewole, F. & Olawale, M.O., 2019. Effect of a Training Programme on Knowledge and Practice of Lifestyle Modification among Hypertensive Patients Attending Out-Patient Clinics in Lagos. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 25(1), pp. 58-64.

Qin, V.M., McPake, B. & Raban, M.Z., 2020. Rural and urban differences in health system performance among older Chinese adults: cross-sectional analysis of a national sample. *BMC Health*, 20(372), doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05194-6>.

Petek, D., 2017. Preventivni pregled v zvezi s kajenjem in zgodnjim odkrivanjem kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB). In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Priročnik za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), pp. 67-69.

Poplas Sušič, A. & Marušič, D., 2011. Referenčne ambulate model practices. *Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav*, 27(1), pp. 9-17.

Scott, E., 2018. *How Does Stress Affect Your Weight?* [online] Available at: <https://www.verywellmind.com/how-stress-can-cause-weight-gain-3145088> [Accessed 3 September 2018].

Spies, L.A., Nanyonga, R.N. & Nakaggwa, F., 2019. Nurse-led interventions in the interim: waiting on universal health coverage. *International Nursing Review*, 66(4), pp. 549-552.

Spoont, M., Greer, N., Su, J., Fitzgerald, P., Rutks, I. & Wilt, T.J., 2011. *Rural vs. Urban Ambulatory Health Care: A Systematic Review*. [pdf] Minneapolis: Evidence-based Synthesis Program (ESP) Center. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56144/> [Accessed 22 April 2021].

Stokowski, L.A., 2011. *Ambulatory Care Nursing: Yes, It's a Specialty*. Medscape. [online] Available at: https://www.medscape.com/viewarticle/749906_2 [Accessed 10 March 2021].

Sun, S., He, J. & Fan, X., 2019. Mapping and Predicting Patterns of Chinese Adolescents' Food Preferences. *Nutrients*, 11(9), pp. 1-13

Tomažin Šporar, M., 2011. Izobraževanje medicinskih sester za delo v referenčnih ambulantah. In: M. Tomažin Šporar & M. Poljanec Bohnec, eds. *Bolnik s sladkorno boleznijo v modernejšem času: zbornik predavanj. Otočec, 14. in 15. oktober 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji, pp. 71-75.

Tomšič, S., Hofol Bric, T., Korošec, A. & Maučec Zakotnik, J., 2014. Izzivi v izboljšanju vedenjskega sloga in zdravja. Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izzivi_desetletje_cindi_14.pdf [Accessed 9 April 2021].

Vedanthan, R., Ray, M., Fuster, V. & Magenheimer, E., 2019. Hypertension treatment rates and health care worker density. *Hypertension*, 73(3), pp. 594-601.

World Health Organization (WHO), n.d. *Noncommunicable diseases*. [online] Available at: <https://www.who.int/nmh/en/> [Accessed 13 May 2021].

Železnik, U. & Vidnar, N., 2013. *Izberi zdrav življenjski slog – naložbo v prihodnost*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.

PRILOGE

PRILOGA 1: AUDIT-C VPRAŠALNIK



Združenje zdravnikov družinske medicine & Zavod za razvoj družinske medicine



AUDIT-C vprašalnik o stopnji tveganosti pitja alkohola (prirejena slovenska različica)

Ime in Priimek: _____ Datum: _____

1. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, likerji, koktajli, mošt, tolkovec, medica)?

- 0) nikoli
- 1) enkrat na mesec ali manj
- 2) od 2- do 4-krat na mesec
- 3) od 2- do 3-krat na teden
- 4) 4-krat ali večkrat na teden

2. Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili? (*Ena merica je 1 del vina ali 2,5 del piva ali tolkovec ali 0,3 del ("eno žlice") žgane pijače.*)

- 0) od nič do 1 merice
- 1) 2 merici
- 2) 3 ali 4 merice
- 3) 5 ali 6 meric
- 4) 7 in več meric

3. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste popili:

moški: 6 ali več meric ob eni priložnosti?
ženske: 4 ali več meric ob eni priložnosti?

- 0) nikoli
- 1) manj kot enkrat mesečno
- 2) od 1- do 3-krat mesečno
- 3) od 1- do 3-krat tedensko
- 4) dnevno ali skoraj vsak dan

Vsota AUDIT-C*: _____ točk	Pitje alkohola je** a) tvegano, b) manj tvegano
Boleznik ima tudi telesne, duševne ali socialne posledice pitja alkohola***	c) škodljivo d) zasvojen za alkoholom
Boleznik ne pije alkohola	e) abstinent

*Seštevek števil pred izbranimi odgovori izraža vrednost AUDIT-C testa.

**Vrednost 6 točk ali več za moške oziroma 5 točk ali več za ženske pomeni, da obstaja povečano tveganje za nastanek socialnih in medicinskih problemov zaradi pitja alkohola (tvegano ali škodljivo pitje ali zasvojenost). Priporočljivo je opraviti natančnejšo diagnostiko.

***Če ima boleznik tudi telesne, duševne ali socialne posledice pitja alkohola, potem pije škodljivo, ali pa je zasvojen z alkoholom

Izpolnil: _____

PRILOGA 2: ALGORITEM ODLOČANJA IN UKREPANJA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V PROCESU IZVAJANJA PREVENTIVNEGA PREGLEDA V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

ALGORITEM ODLOČANJA IN UKREPANJA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V PROCESU IZVAJANJA PREVENTIVNEGA PREGLEDA V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

DRUŽINSKA ANAMNEZA

Vprašanja iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na družinsko anamnezo (vprašanja pod točko 1).

1. Ali je imel kdo v družini (starši, bratje, sestre, polbratje, polsestre):

a)	zvišan krvni tlak?	DA	NE
b)	katero od izraženih oblik aterosklerotične bolezni: srčni infarkt, angina pectoris, možganska kap, periferna bolezen arterij na nogah (moški pred 55. letom, ženske pred 65. letom)?	DA	NE
c)	sladkorno bolezen tipa 2?	DA	NE
d)	Družinska obremenjenost za raka debelega črevesa in danke		
	1. Je med vašimi sorodniki prvega reda (oče, mati, sin, hči, brat, sestra, polbrat, polsestra) kdo zbolel za rakom debelega črevesa ali danke pred 60. letom?	DA	NE
	2. Sta najmanj dva vaša krvna sorodnika (sorodniki prvega reda, stari starši, bratranci, sestrične, tete, strici) zbolela zaradi raka debelega črevesa ali danke?	DA	NE
	3. So v vaši družini vsaj trije sorodniki prvega reda (starši, brat, sestra, polbrat, polsestra) zboleli za enim od sledečih rakov: rak debelega črevesa ali danke, rak materničnega vratu, rak želodca?	DA	NE

Obravnava pacientov v RADM glede na družinsko obremenjenost.

Družinska obremenjenost	Večja ogroženost za	Ukrep
Zvišan krvni tlak	Zvišan krvni tlak, SŽB	Pacienta spodbudite k redni samokontroli in razložite povečano ogroženost za zvišan krvni tlak. Pacienta spodbujajte k upoštevanju preventivnih ukrepov oz. zdravega življenjskega sloga.
Moški pred 55. letom, ženske pred 65. letom: srčni infarkt, angina pectoris, možganska kap, periferna bolezen arterij na nogah	SŽB	V primeru pozitivne družinske anamneze prezgodnje aterosklerotične bolezni pomnožimo celokupno absolutno srčno-žilno ogroženost, ki jo izračunamo po Framinghamu, s faktorjem 2, oziroma jo uvrstimo v eno kategorijo višje.

Sladkorna bolezen tipa 2	Preddiabetesna stanja in SB tipa 2	Podatek ocenjuje zdravnik skupaj z izvidom koncentracije KS na tešče.
Med sorodniki prvega reda (oče, mati, sin, hči, brat sestra, polbrat, polsestra) so zboleli za rakom debelega črevesa ali danke pred 60. letom starosti.	Polipi in rak DČD	Indicirana kolonoskopija 10 let pred starostjo, ko je sorodnik prvega reda zbolel ali najkasneje v starosti 40 let. Pacienta usmerite k ZDM.
Najmanj dva vaša krvna sorodnika (sorodniki prvega reda, stari starši, bratranci, sestrične, tete, strici) sta zbolela zaradi raka debelega črevesa ali danke.	Polipi in rak DČD	Vzrok za bolj pogosto pojavljanje raka v družini je lahko deden. Strategija presejanja mora biti prilagojena tveganju pri konkretnem bolniku in zahteva vključitev multidisciplinarne skupine zdravnikov, ki obravnava take družine individualno (gastroenterolog, ambulantna za genetsko svetovanje). Pacienta usmerite k ZDM.
Vsaj trije sorodniki prvega reda (starši, brat, sestra, polbrat, polsestra) so zboleli za enim od sledečih rakov: rak debelega črevesa ali danke, rak materničnega vratu, rak želodca.		

VKLJUČEVANJE V PRESEJALNE PROGRAME

Vprašanja iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na vključevanje v presejalne programe (vprašanja pod točko 2).

2. Ali se redno vključujete v organizirane državne programe:

a)	Program Svit (program zgodnjega odkrivanja raka na debelem črevesu in danki, moški in ženske) vsaki dve leti	DA	NE	NI V CILJNI POPULACIJI
b)	Program Dora (program zgodnjega odkrivanja raka dojke za ženske) vsaki dve leti	DA	NE	NI V CILJNI POPULACIJI
c)	Program Zora (program zgodnjega odkrivanja raka na materničnem vratu za ženske) vsaka tri leta	DA	NE	NI V CILJNI POPULACIJI

Obravnava pacientov v RADM glede na udeležbo v preventivnih programih.

Preventivni program	Redno udeleževanje	Ukrep
Program Svit Program Dora Program Zora	Da	Komentirajte rezultat. Pacienta pohvalite, spodbujajte nadaljnjo redno udeležbo ter razložite pomen rednega udeleževanja v preventivnih presejalnih programih.
	Ne	Neudeležencem predstavite pomen preventivnega pregleda za raka in jih motivirajte za vključevanje. Če je možno, ob koncu pregleda takoj organizirajte izvedbo zamujenega preventivnega pregleda.

VEDENJSKI DEJAVNIKI TVEGANJA

1 PREHRANA

Vprašanja iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na oceno prehranjevalnih navad (vprašanja pod točko 3), ter njihovo vrednotenje.

	Število točk
3.1 Koliko obrokov v povprečju zaužijete na dan? (Izberite en odgovor.)	
a) 2 ali manj.	0 točk
b) Od 3 do 5.	1 točka
c) 6 in več.	0 točk
3.2 Kako pogosto običajno uživate zelenjavo? (Izberite en odgovor.)	
a) Nikoli.	0 točk
b) 4-6x na teden.	0 točk
c) 1x na dan.	1 točka
d) Več kot 1x na dan.	2 točki
3.3 Ali imate navado soliti jedi pri mizi? (Izberite en odgovor.)	
a) Da.	0 točk
b) Ne.	1 točka
3.4 Katero vrsto maščobe v povprečju največ uporabljate pri pripravi hrane ali kot namaz? (Izberete lahko več odgovorov.)	
a) Rastlinska olja.	1 točka
b) Smetana (kisla ali sladka)	0 točk
c) Maslo	0 točk
d) Svinjska mast	0 točk
e) Trde margarine	0 točk
f) Mehke margarine	1 točka
g) Namazi z veliko maščob (ribji, zelenjavni, zeliščni, sirni).	0 točk
h) Manj mastni namazi (sirni, ribji, zelenjavni).	1 točka
i) Čokoladni namaz.	0 točk
j) Arašidovo maslo.	0 točk
k) Paštete.	0 točk
l) Smetana.	0 točk
m) Majoneza.	0 točk

Vrednotenje vprašanj iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na oceno prehranjevalnih navad.

Potrebno je sešteti točke ob izbranih odgovorih.

Skupno št. točk	Ocena prehranjevalnih navad
5 – 7	Ustrezna
0 – 4	Neustrezna

Obravnavanje pacientov v RADM glede na prehranjevalne navade-1.

Ocena statusa pacienta	Št. točk	Ogroženost za KNB	Ukrep
Prehranjevalne navade pacienta so ustrezne (ustrezno priporočeno prehranjevanje).	5 – 7	Ni prisotna	Pacienta spodbudite k ohranjanju zdravega življenjskega sloga, s poudarkom na zdravih prehranjevalnih navadah.
		Je prisotna	Pacienta spodbudite k ohranjanju zdravega življenjskega sloga, s poudarkom na zdravih prehranjevalnih navadah. Uporabite <i>Poglobljen vprašalnik o prehranjevalnih navadah</i> in skladno z rezultati v PC v poglobljeno (dolgo) zdravstvenovzgojno delavnico Zdrava prehrana usmerite tiste paciente, ki se prehranjujejo neustrezno in zadovoljivo.
Prehranjevalne navade pacienta so neustrezne (neustrezno prehranjevanje).	0 – 4	Ni prisotna	Pacienta spodbudite k zdravemu življenjskemu slogu, motivirajte ga za spremembo prehranjevalnih navad in ga usmerite v PC v kratke zdravstvenovzgojne delavnice.
		Je prisotna	Pacienta spodbudite k zdravemu življenjskemu slogu, motivirajte ga za spremembo prehranjevalnih navad in ga usmerite v PC v poglobljeno (dolgo) zdravstvenovzgojno delavnico <i>Zdrava prehrana</i> .

Pri pacientu z ocenjenimi ustreznimi prehranjevalnimi navadami ob hkratni ogroženosti za KNB uporabimo *Poglobljen vprašalnik o prehranjevalnih navadah*. Pacient samostojno ali z vašo pomočjo izpolni ta dodatni vprašalnik.

POGLOBLJEN VPRAŠALNIK O PREHRANJEVALNIH NAVADAH

	Število točk
1. Koliko obrokov v povprečju zaužijete na dan? (Izberite en odgovor.)	
a) 2 ali manj.	0 točk
b) Od 3 do 5.	1 točka
c) 6 ali več.	0 točk
2. Ali zajtrkujete? (Izberite en odgovor.)	
a) Da.	1 točka
b) Ne.	0 točk
3. Koliko enot zelenjave v povprečju zaužijete na dan? (Izberite en odgovor.)	
a) Manj kot 1 enoto.	0 točk
b) Od 1 do 3 enote.	1 točka
c) Več kot 3 enote.	2 točki
4. Koliko enot sadja v povprečju zaužijete na dan? (Izberite en odgovor.)	
a) Manj kot 1 enoto.	0 točk
b) Od 1 do 2 enoti.	1 točka
c) Več kot 2 enoti.	2 točki

5. Koliko kozarcev mleka/mlečnih izdelkov po 2 dl/koliko enot mlečnih živil v povprečju zaužijete v enem dnevu?		
a) Mleko: _____ kozarcev b) Jogurt: _____ kozarcev c) Kislo mleko: _____ kozarcev d) Sojino mleko: _____ kozarcev e) Sir: _____ rezin f) Skuta: _____ žlic g) Topljeni sir: _____ kosov h) Sojini izdelki: _____ kosov		1 enota ali manj (skupaj mleka in mlečnih izdelkov) 0 točk 2 enoti ali več (skupaj mleka in mlečnih izdelkov) 1 točka
6. Katero vrsto mleka v povprečju najpogosteje pijete? (Izberite en odgovor.)		
a) Neposneto (domače kravje mleko). b) Polposneto mleko (3,5 % maščobe). c) Posneto mleko (1,6 % ali 1,5 % maščobe ali manj). d) Posneto, polposneto, neposneto.		0 točk 0 točk 1 točka 0,5 točke
7. Katere mlečne izdelke v povprečju najpogosteje uživate? (Izberite en odgovor.)		
a) Iz posnetega mleka. b) Iz neposnetega mleka. c) Iz posnetega in neposnetega mleka.		1 točka 0 točk 0,5 točke
8. Kolikokrat v povprečju uživate mesne izdelke, v katerih je struktura mesa homogena zaradi mletega mesa (salame, mesne paštete, klobase, hrenovke, safalade)? (Izberite en odgovor.)		
a) Nikoli ali manj kot dvakrat mesečno. b) Manj kot enkrat tedensko in ne več kot dvakrat mesečno. c) Večkrat tedensko.		1 točka 0,5 točke 0 točk
9. Ali imate navado dodatno soliti jedi pri mizi? (Izberite en odgovor.)		
a) Da. b) Ne.		0 točk 1 točka
10. Katero vrsto maščobe v povprečju največ uporabljate pri kuhi? (Lahko izberete več odgovorov.)		
a) Rastlinsko olje. b) Mehka margarina. c) Navadna margarina. d) Maslo. e) Mast, mast z ocvirki.		1 točka 1 točka 0 točk 0 točk 0 točk
11. Katero vrsto maščobe v povprečju uporabljate za namaz? (Lahko izberete več odgovorov.)		
a) Mehka margarina. b) Navadna margarina. c) Maslo. d) Olje. e) Namazi z veliko maščob (ribji, zelenjavni, zeliščni, sirni). f) Manj mastni namazi (sirni, ribji, zelenjavni). g) Čokoladni namaz. h) Arašidovo maslo. i) Paštete. j) Smetana. k) Majoneza.		1 točka 0 točk 0 točk 1 točka 0 točk 1 točka 0 točk 0 točk 0 točk 0 točk 0 točk 0 točk

A. V skladu z navodili opravite vrednotenje vprašalnika.

Vrednotenje vprašanj iz poglobljenega vprašalnika, ki se nanašajo na oceno prehranjevalnih navad	
Potrebno je sešteti točke ob izbranih odgovorih.	
<u>Skupno št. točk</u>	<u>Ocena prehranjevalnih navad</u>
14 – 16	Ustrezna.
9 – 13	Zadovoljiva.
0 – 8	Neustrezna.

Obravnava pacientov v RADM glede na prehranjevalne navade-2.

TELESNA DEJAVNOST

4.1 Kolikokrat se v običajnem tednu (med delovnim časom, na poti v službo ali po opravkih in nazaj, doma ter v prostem času skupaj) ukvarjate z intenzivno telesno dejavnostjo najmanj 25 minut vsakokrat do take mere, da se zadihate in oznojite (npr. tek, squash, hitro plavanje, hoja po stopnicah, aerobika, tenis, nogomet, hitro kolesarjenje, kolesarjenje po hribovitem terenu, dvigovanje/ prenašanje težkih bremen, lopatanje in druga težka fizična dela (npr. gozdarska, cestna, gradbena, kmečka))?									
0	1	2	3	4	5	6	7	7+	
0 točk		1 točka		2 točki					
4.2 Kolikokrat se v običajnem tednu (med delovnim časom, na poti v službo ali po opravkih in nazaj, doma ter v prostem času skupaj) ukvarjate z zmerno telesno dejavnostjo najmanj 30 minut vsakokrat do take mere, da nekoliko pospešeno dihate in se ogrejete (lahko upoštevate tudi 3x po vsaj 10 minut naenkrat ali 2x po 15 minut, če je bilo to v istem dnevu) (npr. hitra hoja, lahkotno kolesarjenje po ravnem terenu, ples, počasno plavanje, golf, lahkoten tenis, badmington, dvigovanje/ prenašanje srednje težkih bremen, težja industrijska ali gospodinjstva opravila (npr. ribanje tal, intenzivno sesanje tal, pomivanje oken))?									
0	1	2	3	4	5	6	7	7+	
0 točk		1 točka			2 točki				

V skladu z navodili opravite vrednotenje vprašalnika.

Vrednotenje vprašanj:

Vprašanje 4.1

0 ali 1-krat na teden	0 točk
2-krat na teden	1 točka
3- ali večkrat na teden	2 točki

Vprašanje 4.2

0 ali 1-krat na teden	0 točk
2- do 4-krat na teden	1 točka
5- ali večkrat na teden	2 točki

Za določitev stopnje telesne dejavnosti oziroma statusa pacienta seštejte točke obeh vprašanj.

Ocena statusa pacienta	Št. točk	Količina telesne dejavnosti
Zadostno telesno dejaven.	2–4	zadostna (minimalna) priporočena količina telesne dejavnosti ali več
Mejno telesno dejaven.	1	mejna količina telesne dejavnosti
Nezadostno telesno dejaven.	0	premalo ali nič telesne dejavnosti

Obravnavaj pacientov v RADM glede na raven telesne dejavnosti.

Ocena statusa pacienta	Ogroženost za KNB	Ukrep
Zadostno telesno dejaven.	Ni ogrožen	Pacienta spodbujajte k ohranjanju gibalnih navad in mu odgovorite na morebitna vprašanja o telesni dejavnosti.
Zadostno telesno dejaven.	Je ogrožen	Pacienta napotite k ZDM, ga spodbudite k ohranjanju gibalnih navad ter ga motivirajte za udeležbo v kratkih zdravstvenovzgojnih delavnicah v preventivnem centru.
Mejno zadostno telesno dejaven.	Ni ogrožen	Pacientu razložite pomen redne telesne dejavnosti za zdravje in osnovna priporočila. V pogovoru skupaj poskušata najti možnosti za povečanje količine telesne dejavnosti, pri tem pa upoštevajte njegovo stopnjo motivacije. Predstavite in izročite mu zdravstvenovzgojno gradivo o telesni dejavnosti za krepitev zdravja ter mu svetujte o možnostih telesne vadbe v njegovem okolju. Pacienta dodatno napotite v kratke zdravstvenovzgojne delavnice.
Mejno zadostno telesno dejaven.	Je ogrožen	Pacientu razložite pomen redne telesne dejavnosti za zdravje in osnovna priporočila. Predstavite mu vsebino in namen zdravstvenovzgojne delavnice »Telesna dejavnost/gibanje«. S pogovorom ugotovite njegovo motivacijo in pripravljenost na povečanje količine telesne dejavnosti. V kolikor je zadostno motiviran in se strinja z udeležbo v delavnici, ga tja napotite. Če se z udeležbo v delavnici ne strinja, mu dajte gradivo za domov in ponudite možnost ponovnega posveta čez dva tedna. Pacienta dodatno napotite k ZDM.

Nezadostno telesno dejaven.	Ni ogrožen	Pacientu razložite pomen redne telesne dejavnosti za zdravje in osnovna priporočila. Ponudite in predstavite mu informacijsko gradivo o telesni dejavnosti za krepitev zdravja. V kolikor se strinja, v pogovoru skupaj poskušajta najti koristi, ki bi mu jih prinesla telesna dejavnost ter morebitne ovire za telesno dejavnost. Posebno pozornost pri tem namenite socioekonomskim dejavnikom. S pacientom skupaj izdelajte okvirni načrt telesne vadbe, s katerim se pacient strinja in mu bo lahko sledil. Cilji naj bodo kratkoročni in lahko uresničljivi. Pri pacientih, ki so telesno nedejavni ali pa dejavni le poredko, je bolj kot doseganje smernic pomembno to, da spremenijo življenjski slog in vključijo telesno dejavnost v svoj vsakdan. Dodatno ga napotite v kratke zdravstvenovzgojne delavnice.
Nezadostno telesno dejaven.	Je ogrožen	Pacientu razložite pomen redne telesne dejavnosti za zdravje in osnovna priporočila. Predstavite mu vsebino in namen zdravstvenovzgojne delavnice »Telesna dejavnost/gibanje«. S pogovorom ugotovite njegovo motivacijo in pripravljenost na povečanje količine telesne dejavnosti. Skupaj najdita morebitne koristi in pozitivne učinke udeležbe v delavnici, pa tudi morebitne ovire za udeležbo. V kolikor je zadostno motiviran in se strinja z udeležbo v delavnici, ga tja napotite. Če se z udeležbo v delavnici ne strinja, vendar je prisotna motivacija za spremembo gibalnih navad, mu dajte informacijsko gradivo za domov in ga naročite na ponoven posvet čez dva tedna. Pacienta dodatno napotite k ZDM.
KAJENJE		

Vprašanja iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na kajenje, izpostavljenost prahu in kemikalijam (vprašanja pod točko 5) ter njihovo vrednotenje

5.1 Ali kadite?

- b) Trenutno pokadim _____cigaret/dan. Kadim_____let.
- c) Sem bivši kadilec. Pokadil sem _____cigaret/dan. Kadil sem_____ let.
- d) Izpostavljen sem pasivnemu kajenju.
- e) Nikoli nisem kadil.

5.2 Ali delate oziroma ste delali v masivni izpostavljenosti prahu in kemikalijam (hlapi, dražljivci, dim)?

- a) Da.
- b) Ne.

Obravnava pacientov v RA glede na kadilski status ter izpostavljenost prahu in kemikalijam.

Ocena statusa pacienta	Ogroženost za KOPB	Ukrep
Nekadilec, nikoli ni kadil, ni izpostavljen pasivnemu kajenju.	Ni ogrožen	Komentirate rezultat in presejanje zaključite.
Nekadilec, izpostavljen pasivnemu kajenju.	Ogrožen	Komentirate rezultat, opravite kratko svetovanje. Svetujete o škodljivostih pasivnega kajenja in o možnostih, kako zmanjšati izpostavljenost. Priporočite izbrano brezplačno zdravstvenovzgojno gradivo o škodljivosti pasivnega kajenja. Presejanje zaključite.
Bivši kadilec.	Ni ogrožen	Komentirate rezultat in spremljate abstinenco. Po 1 letu abstinence je smiselno uvesti enako spremljanje kot pri ljudeh, ki nikoli niso kadili (na 5 let); po presoji DMS/ZDM lahko pogosteje.
Kadilec, mlajši od 40 let.	Ogrožen	Navedite škodljivosti kajenja in prednosti opustitve kajenja. Informirate o možnostih, kako prenehati s kajenjem, priporočite izbrano brezplačno gradivo o škodljivosti kajenja. Motivirate za udeležbo na skupinskem ali individualnem svetovanju za opuščanje kajenja, ki se izvaja v ZV centru. Predstavite zdravila, ki so na voljo za pomoč pri opuščanju kajenja. Kadilca k ZDM napotite v primeru: - če oseba navaja respiratorne simptome (kroničen kašelj, dušenje, slaba telesna zmogljivost) - predpisa zdravil za pomoč pri opuščanju kajenja, - ne sodelovanja v procesu opuščanja kajenja ali ob ne vključitvi v organizirane programe opuščanja kajenja, - po dogovoru s pacientom.
Kadilec, starejši od 40 let, kadi manj kot 10 let.		Preidete na izračun kazalnika: število škatlic – let = ((število cigaret na dan/20) x število let kajenja). Primer: če pacient kadi 20 let, 2 škatlici na dan, je izračun naslednji – ((40/20) x 20) = 2 x 20 = 40. Iz rezultata ugotovite, ali naj pri kadilcu nadaljujete s presejanjem za KOPB ali ne. Če je vrednost manj kot 10 škatlic - let, presejanje zaključite. Če je vrednost več, opravite ali pacienta napotite na spirometrijo. V primeru da izvid spirometrije ni normalen, pacienta napotite k ZDM, ki presodi potrebo po nadaljnjem

	Ogrožen	zdravljenju. Navedite škodljivosti kajenja in prednosti opustitve kajenja. Informirate o možnostih, kako prenehati s kajenjem, priporočite izbrano brezplačno gradivo o škodljivosti kajenja. Motivirate za udeležbo v skupinskih delavnicah opuščanja kajenja ali za individualno svetovanje, ki se izvaja v preventivnem centru. Predstavite zdravila, ki so na voljo za pomoč pri opuščanju kajenja. Kadilca k ZDM napotite v primeru: - če izvid spirometrije ni normalen - če oseba navaja respiratorne simptome (kroničen kašelj, dušenje, slaba telesna zmogljivost) - predpisa zdravil za pomoč pri opuščanju kajenja, - ne sodelovanja v procesu opuščanja kajenja ali ob ne vključitvi v organizirane programe opuščanja kajenja, - po dogovoru s pacientom.
Kadilec, starejši od 40 let, kadi več kot 10 let.	Zelo ogrožen	Pri osebi opravite spirometrijo ali jo nanjo napotite. Izvid spirometrije je normalen: osebo pogosteje motivirate za opuščanje kajenja (npr. na 1 leto). Če kajenje opusti, kontrolna spirometrija ni potrebna, v primeru da oseba kajenja ne opusti, ponovite spirometrijo čez 5 let.
Kadilec, starejši od 40 let, kadi več kot 10 let in dela v masivni izpostavljenosti prahu in kemikalijam.	Zelo ogrožen	Izvid spirometrije ni normalen: osebo napotite k ZDM na diagnostiko. Če je pri osebi prisotna KOPB, jo vodite kot kroničnega bolnika. Če KOPB ni prisotna, osebo vodite kot je opisano zgoraj: osebo pogosteje motivirate za opuščanje kajenja (npr. na 1 leto). Če kajenje opusti, kontrolna spirometrija ni potrebna, v primeru da oseba kajenja ne opusti, ponovite spirometrijo čez 5 let.
Nekadilec, je starejši od 40 let in dela v masivni izpostavljenosti prahu in kemikalijam.	Zelo ogrožen	Pri kadilcih navedite škodljivosti kajenja in prednosti opustitve kajenja. Informirate o možnostih, kako prenehati s kajenjem, priporočite izbrano brezplačno gradivo o škodljivosti kajenja. Motivirate za udeležbo na skupinskem ali individualnem svetovanju za opuščanje kajenja, ki se izvaja v ZV centru. Predstavite zdravila, ki so na voljo za pomoč pri opuščanju kajenja. Kadilca k ZDM napotite v primeru: - če izvid spirometrije ni normalen - če oseba navaja respiratorne simptome (kroničen kašelj, dušenje, slaba telesna zmogljivost) - predpisa zdravil za pomoč pri opuščanju kajenja, - ne sodelovanja v procesu opuščanja kajenja ali ob ne vključitvi v organizirane programe opuščanja kajenja, - po dogovoru s pacientom.

PITJE ALKOHOLNIH PIJAČ

Vprašanja iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na oceno pivskega statusa (vprašanja pod točko 6), ter njihovo vrednotenje.

	Število točk
6.1 Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, likerji, penina, koktajli, mošt, tolkovec, medica)?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Enkrat na mesec ali manj.	1 točka
c) 2- do 4-krat na mesec.	2 točki
d) 2- do 3-krat na teden.	3 točke
e) 4- ali večkrat na teden.	4 točke
6.2 Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili ? (Ena merica je 1 dl vina <u>ali</u> 2,5 dl piva <u>ali</u> tolkovca <u>ali</u> 0,3 dl ("eno šilce") žgane pijače.)	
a) Od nič do 1 merice.	0 točk
b) 2 merici.	1 točka
c) 3 ali 4 merice.	2 točki
d) 5 ali 6 meric.	3 točke
e) 7 in več meric.	4 točke
6.3 Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste popili: moški: 6 ali več meric ob eni priložnosti? ženske: 4 ali več meric ob eni priložnosti?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke

V skladu z navodili opravite vrednotenje vprašalnika.

Vrednotenje vprašanj iz osnovnega vprašalnika

Potrebno je sešteti točke/številke ob izbranih odgovorih. Skupno število točk predstavlja seštevek točk obeh vprašanj.

Spol	Skupno št. točk	Ocena pivskega statusa
Ženske	0 – 4	NE pije tvegano
Moški	0 - 5	NE pije tvegano
Ženske	5 ali več	Tvegano pitje
Moški	6 ali več	Tvegano pitje

Obravnava pacientov RA glede na oceno pivskega statusa-1.

Ocena	Merilo	Ukrep
-------	--------	-------

pivskega statusa pacienta		
Ne pije tvegano	Ženske: AUDIT-C = 0–4 Moški: AUDIT-C = 0–5	Pacienta spodbudite k ohranjanju zdravih navad pitja alkoholnih pijač in ga po svoji presoji informirajte o priporočenih mejah manj tvegane pitja alkohola. Presejanje se zaključi (ali po presoji DMS/ZDM).
Tvegano pitje	Ženske: AUDIT-C = 5 ali več Moški: AUDIT-C = 6 ali več	V kolikor pacient presega kriterij za tvegano pitje alkohola, se v skladu z dogovorom z ZDM odločite za eno izmed možnosti: ■ uporabite poglobljen vprašalnik AUDIT-10 ALI ■ pacienta napotite k ZDM na diagnostični pogovor.

V skladu z dogovorom z ZDM pacienta z ocenjenim tveganim pitjem alkohola napotite k ZDM na diagnostični pogovor ali uporabite poglobljen vprašalnik AUDIT – 10. Skupaj s pacientom izpolnite ta dodatni vprašalnik.

Poglobljen vprašalnik, ki se nanaša na oceno pivskega statusa (AUDIT-10), ter njegovo vrednotenje.

Prva tri vprašanja so zajeta že v vprašalniku AUDIT-C oz. so vprašanja 6.1, 6.2 in 6.3 v *Vprašalniku za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni*, zato jih pacientu ni potrebno ponovno izpolnjevati, ampak začne s 4. vprašanjem.

	Število točk
1. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, likerji, penina, koktajli, mošt, tolkovec, medica)?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Enkrat na mesec ali manj.	1 točka
c) 2- do 4-krat na mesec.	2 točki
d) 2- do 3-krat na teden.	3 točke
e) 4- ali večkrat na teden.	4 točke
2. Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili? (Ena merica je 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali tolkovca ali 0,3 dl ("eno šilce") žgane pijače.)	
a) Od nič do 1 merice.	0 točk
b) 2 merici.	1 točka
c) 3 ali 4 merice.	2 točki
d) 5 ali 6 meric.	3 točke
e) 7 in več meric.	4 točke
3. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste popili: moški: 6 ali več meric ob eni priložnosti? ženske: 4 ali več meric ob eni priložnosti?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke

4. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da potem, ko ste enkrat začeli piti, niste mogli prenehati s pitjem?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
5. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
6. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste potrebovali alkoholno pijačo že zjutraj, da bi si z njo opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
7. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da vas je po pitju pekla vest ali pa ste imeli občutke krivde zaradi pitja?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
8. Kako pogosto se v zadnjih 12 mesecih niste mogli spomniti, kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat pili?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
9. Ali je bil zaradi vašega pitja kdo poškodovan (vi sami ali kdo drug)?	
a) Ne.	0 točk
b) Da, vendar ne v preteklih 12 mesecih.	1 točka
c) Da, v preteklem letu.	2 točki
10. Ali je kak vaš sorodnik, prijatelj, zdravnik ali drugi zdravstveni delavec že pokazal zaskrbljenost zaradi vašega pitja ali vam morda predlagal, da bi pili manj?	
a) Ne.	0 točk
b) Da, vendar ne v preteklih 12 mesecih.	1 točka
c) Da, v preteklem letu.	2 točki

V skladu z navodili opravite vrednotenje poglobljenega vprašalnika AUDIT – 10.

Vrednotenje vprašanj iz poglobljenega vprašalnika AUDIT – 10

Potrebno je sešteti točke/številke ob izbranih odgovorih. Skupno število točk predstavlja seštevek točk obeh vprašanj.

<u>Spol</u>	<u>Skupno št. točk</u>	<u>Ocena pivskega statusa</u>
Ženske	0 - 4	Manj tvegano pitje
Moški	0 - 5	Manj tvegano pitje
Ženske	5 – 15	Tvegano pitje
Moški	6 – 15	Tvegano pitje
Ženske	16 – 19	Škodljivo pitje
Moški	16 – 19	Škodljivo pitje
Ženske	20 in več	Zasvojenost
Moški	20 in več	Zasvojenost

Glede na izid vrednotenja izpolnjenega vprašalnika AUDIT – 10 pacientu svetujete o nadaljnjih postopkih.

Ocena pivskega statusa pacienta	Merilo	Ukrep
Tvegano pitje	Ženske: 5 – 15 točk Moški: 6 – 15 točk	Izvedete minimalni ukrep (kratko svetovanje) ali individualno svetovanje*.
Škodljivo pitje	Ženske in moški: 16 – 19 točk	
Zasvojenost	Ženske in moški: 20 ali več točk	Pacienta napotite k ZDM. V primeru diagnoze zasvojenosti ZDM izvaja minimalen ukrep (kratko svetovanje) ali individualno svetovanje ali napotitev na specialistično obravnavo (zdravljenje zasvojenosti).

* Če ste za to usposobljeni; sicer pacienta napotite k ZDM.

DOŽIVLJANJE STRESA

Vprašanja iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na oceno ogroženosti zaradi stresa, ter njihovo vrednotenje (vprašnji pod točko 7).

7.1 Kako pogosto se počutite napete, pod stresom ali velikim pritiskom?				
1 nikoli	2	3 občasno	4	5 vsak dan
1 točka	2 točki	3 točke	4 točke	5 točk
7.2 Kako obvladujete napetosti, strese in pritiske, ki jih doživljate v življenju?				
1 zlahka jih obvladujem	2	3 z večjim naporom jih obvladujem	4	5 ne obvladujem jih, moje življenje je skoraj neznosno
1 točka	2 točki	3 točke	4 točke	5 točk

Vrednotenje postavk iz osnovnega vprašalnika

Potrebno je sešteti točke/številke ob izbranih odgovorih.

Št. točk pod postavko	Ocena tveganja
1–7	ni ogrožen zaradi stresa
8 - 10	je ogrožen zaradi stresa

Obravnava pacientov RA glede na ogroženost zaradi stresa.

Ocena statusa pacienta	Št.točk	Ukrep
Pacient ni ogrožen zaradi stresa.	1 - 7	Pacienta spodbudite, naj še naprej dobro skrbi tudi za svoje duševno zdravje ter mu po presoji podajte nekaj informacij o dejavnikih tveganja in zaščitnih dejavnikih ter najpomembnejših simptomih za prepoznavo ogrožujočega stresa.
Pacient je ogrožen zaradi stresa.	8 - 10	- S pacientom se pogovorite o strategijah, ki jih uporablja za spoprijemanje s stresom, in mu podajte nekaj predlogov, kako jih izboljšati. - Svetujte mu udeležbo na kratki zdravstvenovzgojni delavnici <i>Življenjski slog</i>.

DEPRESIJA

Skupaj s pacientom izpolnite prvi dve postavki *Vprašalnika o bolnikovem zdravju-9 (PHQ-9)*, ki je del *Vprašalnika za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni* (postavki pod točko 8).

Kako pogosto so Vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave?

	Sploh ne	Nekaj dni	Več kot polovico dni	Skoraj vsak dan
a) Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem.	0	1	2	3
Število točk	0 točk	1 točka	2 točki	3 točke
b) Potrtost, depresivnost, obup.	0	1	2	3
Število točk	0 točk	1 točka	2 točki	3 točke

Vrednotenje postavk iz osnovnega vprašalnika

Potrebno je sešteti točke/številke ob izbranih odgovorih. Če pacient **vsaj na eni postavki** (a. ali b.) dobi 2 točki ali več (odgovor v sivem polju), obstaja sum na prisotnost depresije.

Št. točk pod postavko a. **ali** b. _____ Ocena tveganja

0–1 _____ ni suma na prisotnost depresije

2 ali več _____ sum na prisotnost depresije

(odgovor v sivem polju)

Obravnavna pacientov v RA glede na oceno ogroženosti za depresijo-1.

Ocena statusa pacienta	Merilo	Ukrep
Ni suma na prisotnost depresije	0–1 točka	Presejanje se zaključi (ali po presoji DMS/ZDM).
Sum na prisotnost depresije	2 točki ali več	V kolikor pacient presega kriterij, se v skladu z dogovorom z ZDM odločite za eno izmed možnosti: ▪ uporabite celoten vprašalnik PHQ-9 ALI ▪ pacienta napotite k ZDM na diagnostični pogovor.

V skladu z dogovorom z ZDM pacienta z ocenjenim tveganjem za prisotnost depresije napotite k ZDM na diagnostični pogovor ali uporabite celoten vprašalnik PHQ-9. Skupaj s pacientom izpolnite ta dodatni vprašalnik.

Poglobljen vprašalnik, ki se nanaša na oceno tveganja za prisotnost depresije (PHQ-9), ter njegovo vrednotenje

1. Kako pogosto so Vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave?

	Sploh ne	Nekaj dni	Več kot polovico dni	Skoraj vsak dan
a. Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem.	0	1	2	3
b. Potrtost, depresivnost, obup.	0	1	2	3
c. Težko zaspim, spim slabo; ali spim prekomerno.	0	1	2	3
d. Utrujenost in pomanjkanje energije.	0	1	2	3
e. Slab apetit ali prenajedanje.	0	1	2	3
f. Slabo mnenje o sebi; občutek, da sem neuspešen/a in da sem razočaral/a sebe ali bližnje.	0	1	2	3
g. Težave s koncentracijo pri stvareh, kot so branje časopisa ali gledanje televizije.	0	1	2	3
h. Tako upočasnjeno gibanje ali govor, da so drugi ljudje lahko to opazili. Ali nasprotno – velika nervoza in nemir, kot da nimam obstanka.	0	1	2	3
i. Misli, da bi bilo bolje, če bi bil/a mrtev/mrtva ali da bi si nekaj hudega naredil/a.	0	1	2	3
seštevek stolpcev			+	+

SKUPAJ:

2. Če ste označili katerokoli od težav navedenih zgoraj, kako močno so te težave vplivale na vaše delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi?

Ne preveč	Precej močno	Zelo močno	Izredno močno
0	1	2	3

Vrednotenje postavk iz poglobljenega vprašalnika

Potrebno je sešteti točke/številke ob izbranih odgovorih (ta oblika vrednotenja je poenostavljena in je namenjena le presejanju; obstaja pa tudi poglobljena oblika vrednotenja tega vprašalnika, ki jo lahko uporabi ZDM pri postavljanju diagnoze).

Skupno št. točk	Ocena tveganja
0–4	ni tveganja za depresijo
5 in več (pri čemer morata biti na postavki a. ali b. označeni vsaj 2 točki)	tveganje za prisotnost depresije, diagnozo mora postaviti zdravnik

Ocena statusa pacienta glede ogroženosti za depresijo.

Ocena statusa pacienta	Merilo	Ukrep
Ni velikega tveganja za prisotnost depresije.	0–4 točke	Presejanje se zaključi (ali po presoji DMS/ZDM).
Tveganje za prisotnost depresije	5 in več točk	Pacienta je potrebno napotiti k ZDM na diagnostični pogovor.

Obravnavanje pacientov v RA glede na oceno ogroženosti za depresijo-2.

Prisotnost depresije	Merilo (točke na PHQ-9)	Ukrep
Ni velikega tveganja za prisotnost depresije.	Manj kot 5 točk ali zaključek presejanja že po osnovnem vprašanju.	Če pri pacientu ni velikega tveganja za prisotnost depresije, pri njem preverite poznavanje dejavnikov tveganja, zaščitnih dejavnikov in najpomembnejših simptomov za prepoznavo depresije ter ga po potrebi o tem informirajte.
Tveganje za prisotnost depresije	5 in več točk	<u>DMS:</u> - Pacienta napotite na diagnostični pogovor k ZDM. ↓ <u>ZDM:</u> Na podlagi diagnostičnega intervjuja postavi diagnozo in oceni resnost depresije, na podlagi katere predpiše zdravljenje: - v primeru blage depresije lahko priporoči svetovanje in/ali napotitev na psihoedukativne delavnice, po potrebi zdravljenje z antidepresivi; - v primeru zmerne, zmerno hude in hude depresije pa predpiše: zdravljenje z antidepresivi, svetovanje in/ali napotitev na psihoedukativne delavnice.

		ZDM tudi spremlja napredek pacienta.
--	--	--------------------------------------

SOCIALNE DETERMINANTE ZDRAVJA

Skupaj s pacientom izpolnite tri vprašanja (od točke 9 do točke 11), navedena pod naslovom Socialne determinante zdravja, ki so del *Vprašalnika za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni*.

9. Prosimo, navedite zadnjo šolo, ki ste jo dokončali. (Izberite en odgovor.)		
a)	Nedokončana osnovna šola.	2 točki
b)	Osnovna šola.	2 točki
c)	2- ali 3-letna poklicna šola.	1 točka
d)	4-letna srednja šola ali gimnazija.	1 točka
e)	Višja, visoka šola, fakulteta, akademija.	0 točk
f)	Podiplomski študij (magisterij, doktorat znanosti).	0 točk
10. Kakšen je vaš trenutni zaposlitveni status? (Izberite en odgovor.)		
a)	Zaposlen (vključeno je neplačano delo v družinskem podjetju, vajeništvo ali plačana praksa, odsotnost z dela zaradi materinstva, starševstva, bolezni ali rednega dopusta).	0 točk
b)	Samozaposlen (vključena je samostojna poklicna dejavnost, kmetje).	1 točka
c)	Brezposelna oseba.	2 točki
d)	Dijak, študent, nadaljnje izobraževanje, neplačana delovna praksa.	0 točk
e)	Upokojenec.	0 točk
f)	Invalidski upokojenec.	1 točka
g)	Trajno invalidna oseba.	1 točka
h)	Gospodinja.	1 točka
11. Kako vi (oziroma vaše gospodinjstvo) shajate skozi mesec, če upoštevate dohodek, če ga imate, tisto, kar ustvarite z lastnim delom (npr. manjša honorarna dela, vrtnarjenje), pa tudi medsebojno pomoč med sorodniki/sosedi/prijatelji. (Izberite en odgovor.)		
a)	Dobro shajam skozi mesec.	0 točk
b)	Občasno imam težave.	1 točka
c)	Imam težave.	2 točki

Ocena statusa pacienta glede na socialne determinante zdravja.

Socialne determinante zdravja		
0-2	3-4	5-6
Ni ogrožen	Srednje ogrožen	Ogrožen

IZVAJANJE MERITEV

Po izvedenem pridobivanju informacij o pacientu s pomočjo *Vprašalnika za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni* (in t. i. poglobljenih vprašalnikov, uporabljenih glede na predpisane kriterije) izvedite spodaj opredeljene meritve (postavka pod točko 12).

1. Po strokovnih protokolih izvedite naslednje antropometrične meritve:

- telesna višina,
- telesna masa,
- obseg pasu

in v pacientovo dokumentacijo zapišite izmerjene vrednosti. Izračunajte ITM.

2. Po strokovnih protokolih izmerite krvni tlak.

V pacientovo dokumentacijo zapišite njegovo vrednost.

PRIDOBITEV LABORATORIJSKIH IZVIDOV

Pridobite pacientove laboratorijske izvide, ki obsegajo naslednje vrednosti (postavka pod točko 13):

- krvni sladkor na tešče,
- skupni holesterol,
- LDL holesterol,
- HDL holesterol,
- trigliceride.

Če je bil pacient napoten na OGTT, pridobite tudi ta izvid.

V pacientovo dokumentacijo zapišite vse pridobljene vrednosti laboratorijskih izvidov.

SEDEM OPOZORILNIH ZNAMENJ ZA RAKA IN VARNOSTNA VPRAŠANJA

Prvo varovalo je, da DMS pacienta povpraša po opozorilnih znamenjih za rake. Vprašanja iz *Vprašalnika za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni*, ki se nanašajo na sedem opozorilnih znamenj za raka (vprašanja pod točko 14), so navedena v spodnjem okvirčku.

14. Ali opazate katero od naslednjih težav:

a)	Ranico ali razjedo na koži ali sluznici, ki se ne zaceli niti po mesecu dni?	DA	NE
b)	Spremembo barve ali velikosti maternega znamenja ali bradavice, zlasti če začne srbeti, se poveča, spremeni barvo, krvavi, rosi, je obkrožena z vnetnim robom ali so okrog nje nastala manjša znamenja?	DA	NE
c)	Nebolečo zatrdlino kjerkoli na telesu, zlasti v dojkah, bezgavkah in modih?	DA	NE
d)	Neobičajno krvavitev ali izcedek iz telesnih odprtín: kri v izpljunku, v urinu, blatu, neobičajno krvavitev iz nožnice?	DA	NE
e)	Trdovraten, boleč, spremenjen kašelj, hripavost brez posebnega vzroka, ki traja več kot 14 dni, težave pri požiranju, zlasti pri kadilcih?	DA	NE
f)	Trdovratne težave z želodcem, zaprtja, ki se izmenjujejo z driskami, in hujšanje brez pravega vzroka?	DA	NE
g)	Vsako spremembo in nerednost pri odvajanju blata in vode, zlasti če je prisotna tudi kri?	DA	NE

Če pacient na katero od vprašanj odgovori z DA, je pregled pri ZDM obvezen.

15.	Ali v zvezi s svojim zdravjem opazate kakršno koli težavo, ki je v dosedanjem	DA	NE
-----	---	----	----

	pregledu nismo omenili?		
Če DA, katero?			
16.	Ali imate v zvezi s svojim zdravjem kakršno koli skrb, ki se je v dosedanjem pregledu nismo dotaknili?	DA	NE
Če DA, katero?			
17.	Ali se želite o katerem koli vprašanju v zvezi s svojim zdravjem posvetovati z zdravnikom?	DA	NE
Če DA, o katerem?			

Če pacient na katero od vprašanj odgovori z DA, je pregled pri ZDM obvezen.

OCENA OGROŽENOSTI/TVEGANJA ZA KRONIČNE NENALEZLJIVE BOLEZNI IN STANJA

OCENA TVEGANJA ZA DEBELOST

Določite pacientov status

- a) glede na njegov ITM in
- b) glede na njegov obseg pasu.

Statusi pacientov glede na ITM.

Status preiskovanca	ITM
Podhranjenost	pod 18,5 kg/m ²
Normalna prehranjenost	18,5 – 24,9 kg/m ²
Prekomerna prehranjenost	25,0 – 29,9 kg/m ²
Debelost I. stopnje	30,0 – 34,9 kg/m ²
Debelost II. stopnje	35,0 – 39,9 kg/m ²
Debelost III. stopnje	nad 40 kg/m ²

Statusi pacientov glede na obseg pasu.

Spol	Obseg pasu	Ogrožanje zdravja
Ženski	Nad 80 cm	Ogroža zdravje
Moški	Nad 94 cm	
Ženski	Nad 88 cm	Zelo ogroža zdravje
Moški	Nad 102 cm	

Glede na stanje prehranjenosti, obseg pasu in oceno ogroženosti za KNB pacientu svetujete o nadaljnjih postopkih.

Obravnava pacientov v RA glede na status prehranjenosti.

Status pacienta glede na ITM	Ocena ogroženosti za KNB	Obseg pasu	Ukrep
Pacienti, ki so normalno prehranjeni	Ni ogrožen.	pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški)	Paciente spodbudite k ohranjanju zdravega življenjskega sloga (zdrava prehrana in telesna dejavnosti za krepitev zdravja) in s tem k vzdrževanju telesne mase.
		nad 80 cm (ženske)/ nad 94 cm (moški)	Pacientom posredujte informacije (tako ustno obrazložitev kot tudi gradiva v pisni obliki) o zdravi prehrani in telesni dejavnosti za krepitev zdravja. Usmerite jih v PC na kratke zdravstvenovzgojne delavnice.
	Je ogrožen.	pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški)	
		nad 80 cm (ženske)/ nad 94 cm (moški)	
Pacienti, ki so prekomerno prehranjeni	Ni ogrožen.	pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški)	Pacientom posredujte informacije (tako ustno obrazložitev kot tudi gradiva v pisni obliki) o zdravi prehrani in telesni dejavnosti za krepitev zdravja. Usmerite jih v PC na kratke zdravstvenovzgojne delavnice.
		nad 80 cm (ženske)/ nad 94 cm (moški)	Pacientom posredujte informacije (tako ustno obrazložitev kot tudi gradiva v pisni obliki) glede osnovnih priporočil in pojmov o zdravem hujšanju. Paciente z ITM 27,5 ali več usmerite v PC na zdravstvenovzgojno delavnico <i>Zdravo hujšanje</i> .
	Je ogrožen.	pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški)	
		nad 80 cm (ženske)/ nad 94 cm (moški)	
Pacienti s prisotno debelostjo	Ni ogrožen.	pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški)	Pacientom posredujte informacije (tako ustno obrazložitev kot tudi gradiva v pisni obliki) glede osnovnih priporočil in pojmov o zdravem hujšanju. Usmerite jih v PC na zdravstvenovzgojno delavnico <i>Zdravo hujšanje</i> .
		nad 80 cm (ženske)/ nad 94 cm (moški)	
	Je ogrožen.	pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški)	
		nad 80 cm (ženske)/ nad 94 cm (moški)	

Postopek ocenjevanja posameznikove celokupne absolutne 10-letne srčno-žilne ogroženosti izvedete na osnovi podatkov, pridobljenih v II. fazi preventivnega pregleda, in ga podpirajo najnovejše, strokovno usklajene smernice, ki smo jih na podlagi evropske različice v Sloveniji oblikovali in sprejeli leta 2013 (ref. Fras Z, Jug B, et al. Smernice za preprečevanje bolezni srca in žilja v klinični praksi 2013 – ključna sporočila in novosti. Slov Kardiol 2013;10:53-88.).

S pojmom absolutna celokupna ogroženost poudarjamo, da je temelj njenega določanja upoštevanje skupnega učinkovanja (ki je več kot le seštevek) več posameznih neodvisnih dejavnikov tveganja za aterosklerozo. Pri zdravih odraslih (brez izražene srčno-žilne, sladkorne in/ali kronične ledvične bolezni oziroma zelo izraženega posameznega poglavitnega dejavnika tveganja) priporočamo določanje absolutne koronarne ogroženosti s pomočjo tabel, ki so oblikovane na podlagi Framinghamske enačbe ogroženosti. Vsebovala so jih tudi že skupna evropska priporočila za preventivo koronarne bolezni v klinični praksi, ki smo jih leta 1998 prevedli in priredili za uporabo v Sloveniji. Odločitev za vztrajanje pri teh tabelah je posledica možnosti, da z njihovo uporabo določimo ogroženost z vsemi srčno-žilnimi dogodki, in ne le z usodnimi, kot jih omogočajo tabele (oblikovane v okviru projekta SCORE) iz evropskih smernic. Tabele so v Sloveniji tudi zelo dobro uveljavljene in široko uporabljane – na njih temelji tudi sedaj že več kot 10-letno ocenjevanje srčno-žilne ogroženosti v postopkih nacionalnega programa primarne preventive bolezni srca in žilja (v okviru katerega je bilo do sedaj opravljenih prek 1.000.000 preventivnih pregledov odraslih oseb) in so aplicirane v računalniške programe pri izvajalcih v osnovni zdravstveni dejavnosti po Sloveniji. Ocena srčno-žilne ogroženosti služi kot vodilo za spremembe življenjskega sloga in zdravljenje z zdravili.

Sodobne smernice priporočajo razvrstitev bolnikov v eno od naslednjih 4 skupin:

I. ZELO VELIKA SRČNO-ŽILNA OGROŽENOST (> 40 % v prihodnjih 10 letih)

1. Srčno-žilna bolezen:

- potrjena invazivno, npr. koronarografija, aortografija, periferna angiografija;
- potrjena neinvazivno, npr. s prekrvitveno scintigrafijo srčne mišice, obremenitvenim UZ srca, CT/MR – angiografijo, ali z UZ ugotovljeno aterosklerotično leho v karotidnem žilju;
- potrjena klinično:
 - i) osebna anamneza akutnega koronarnega sindroma, ishemičnega možganskožilnega dogodka (možganska kap, TIA), periferne arterijske bolezni,
 - ii) osebna anamneza revaskularizacije koronarnih ali drugih arterij (kirurška, perkutana).

2. Sladkorna bolezen (SB):

- SB tip 2, in
 - i) okvara tarčnega organa, ali
 - ii) dodaten dejavnik tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, LDL>3,0 mM oz. zdravljenje s hipolipemiki)
- SB tip 1, in
 - i) okvara tarčnega organa, ali
 - ii) starost > 40 let in dodaten dejavnik tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, LDL>3,0 mM oz. zdravljenje s hipolipemiki)

3. Ledvična bolezen: huda, GFR<30ml/min/1,73 m²,

4. Ocenjena 10-letna ogroženost za vse koronarne dogodke: > 40 % (po Framinghamski tabeli).

II. VELIKA SRČNO-ŽILNA OGROŽENOST (20–40 % v prihodnjih 10 letih)

1. **Zelo izražen posamezni dejavnik tveganja (npr. družinska hiperholesterolemija, skupni holesterol > 8.0 mM, in ali holesterol LDL > 5.0 mM, krvni tlak višji kot 180/110).**
2. **Sladkorna bolezen:**
 - SB tip 2, brez
 - i) okvare tarčnega organa, ali
 - ii) dodatnih dejavnikov tveganja ((kajenje, zvišan krvni tlak, LDL>3,0 mM oz. zdravljenje s hipolipemiki).
 - SB tip 1, in starost >40 let, brez:
 - i) okvare tarčnega organa, ali
 - ii) dodatnih dejavnikov tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, LDL>3,0 mM oz. zdravljenje s hipolipemiki).
3. **Ledvična bolezen:** zmerna, GFR 30-59ml/min/1,73 m².
4. **Ocenjena 10-letna ogroženost** za vse koronarne dogodke: 20-40 % (po Framinghamski tabeli).

III. ZMERNNA SRČNO-ŽILNA OGROŽENOST (10–20 % v prihodnjih 10 letih)

1. **Sladkorna bolezen:**
 - SB tip 1, mlajši od 40 let, in brez:
 - i) okvare tarčnega organa, ali
 - ii) dodatnih dejavnikov tveganja
2. **Ocenjena 10-letna ogroženost** za vse koronarne dogodke: 10-20 % (po Framinghamski tabeli).

IV. MAJHNA SRČNO-ŽILNA OGROŽENOST (< 10% v prihodnjih 10 letih)

1. **Ocenjena 10-letna ogroženost** za vse koronarne dogodke: <10 % (po Framinghamski tabeli).

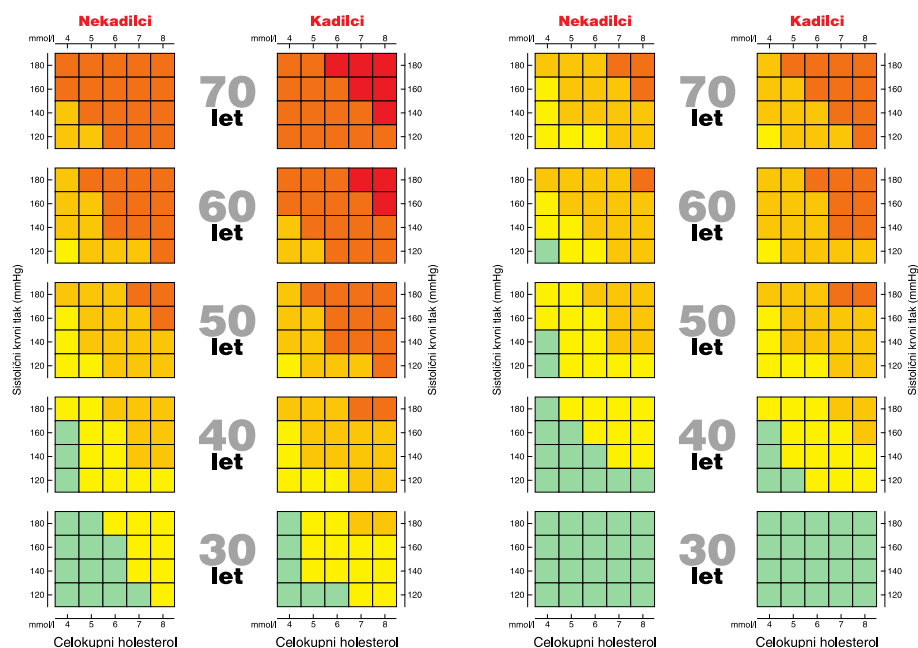
Osebe, z boleznimi navedenimi pod točko I. (Zelo velika srčno-žilna ogroženost) in točko II. (Velika srčno-žilna ogroženost) napotimo k ZDM.

Vse osebe brez diagnosticirane srčno-žilne, sladkorne ali kronične ledvične bolezni in/ali brez prisotnega zelo **izraženega posameznega dejavnika tveganja** (npr. zelo verjetne družinske hiperholesterolemije; vrednosti skupnega holesterola > 8.0 mM, in/ali holesterola LDL > 5.0 mM; vrednosti krvnega tlaka >180/110 mmHg; itd.) v postopkih primarne preventive umestimo v eno od opredeljenih in zgoraj podrobneje predstavljenih 4 temeljnih stopenj **srčno-žilne ogroženosti** na podlagi **ocene z uporabo Framinghamske tabele**. Potrebujete podatke o naslednjih 5 poglavitnih dejavnikih tveganja:

- spol,
- starost,
- status glede kajenja,
- vrednost skupnega holesterola, in
- vrednost sistoličnega krvnega tlaka (izmerjen skladno z dogovorjenim protokolom).

TABELA KORONARNE OGROŽENOSTI

Primarna preventiva koronarne bolezni



Nekateri dodatni poudarki in merila pri ocenjevanju srčno-žilne ogroženosti

Za veliko ali zelo veliko ogroženost za pojav srčno-žilnega dogodka v naslednjih desetih letih je pri posamezniku lahko odgovoren tudi posamičen (samostojen) zelo izražen dejavnik srčno-žilnega tveganja. In to ne glede na oceno s Framinghamskimi tabelami. Zato mora DMS, ki ogroženost ocenjuje, dovolj dobro poznati tudi posamične dejavnike in tveganje, ki iz njih izhaja.

Poudarjamo, da je za bolj precizno oceno celokupne ogroženosti potrebno upoštevati tudi nekatere dodatne osebne značilnosti oziroma stanja. Njihova prisotnost znanstveno utemeljeno pomeni, da je njihova srčno-žilna ogroženost večja od ocenjene s pomočjo barvnih tabel oziroma izračuna na podlagi petih poglavitnih dejavnikov tveganja. V smernicah tovrstna stanja običajno imenujejo kvalifikatorji. Med najpomembnejše znanstveno podprte kvalifikatorje sodi družinska anamneza prezgodnje manifestne aterosklerotične žilne bolezni (pri moških v starosti manj kot 55 let, oz. pri ženskah mlajših od 65 let). V kolikor ocenjujemo srčno-žilno ogroženost s pomočjo barvne tabele, osebo s pozitivno družinsko anamnezo razvrstimo v eno kategorijo ogroženosti višje, kot smo jo določili po tabeli; če pa nam je omogočeno računanje nominalne vrednosti ogroženosti (po Framinghamski enačbi), le-to pomnožimo s faktorjem 2. Za nekatere druge kvalifikatorje je znanstveno ozadje šibkejše, zato je dokončna ocena celokupne absolutne srčno-žilne ogroženosti odvisna od mnenja zdravnika družinske medicine, ki na podlagi izraženosti posameznega dejavnika, ter svojega celotnega kliničnega znanja in izkušenj opredeli stopnjo ogroženosti.

Verjetnost koronarnega dogodka je večja kot jo ocenimo s pomočjo Framinghamske tabele	Ukrep
1. Osebe z družinsko anamnezo prezgodnje manifestne aterosklerotične žilne bolezni (moški v prvem kolenu, stari manj kot 55 let, oz. ženske v prvem kolenu, mlajše od 65 let) – če ocenjujemo ogroženost s pomočjo barvne tabele, obravnavno osebo razvrstimo v eno kategorijo ogroženosti višje, kot smo jo glede na vrednosti dejavnikov tveganja določili po tabeli; vkolikor pa nam računalniški pripomoček omogoča določitev nominalne vrednosti ogroženosti (po Framinghamski enačbi), le-to pomnožimo s faktorjem 2.	Če je ocenjena skupna ogroženost 20 % ali več, napotimo pacienta k ZDM.
1. prediabetesna stanja: motena toleranca za glukozo, mejna bazalna glikemija, metabolični sindrom, sladkorna bolezen v nosečnosti, 2. osebe z nizko koncentracijo holesterola HDL - <1.1 mmol/L pri moških oz. <1.3 mmol/L pri ženskah in/ali hipertrigliceridemijo (vrednost trigliceridov >1.7 mmol/L), 3. ženske s prezgodnjo menopavzo (pred 40. letom starosti) 4. socialno ogrožene osebe.	Pri osebah s stanji 1- 4 je dokončna ocena celokupne absolutne srčno-žilne ogroženosti odvisna od mnenja ZDM, ki na podlagi izraženosti posameznega dejavnika, ter svojega celotnega kliničnega znanja in izkušenj opredeli stopnjo ogroženosti.
* Verjetnost koronarnega dogodka v 10-letih je VELIKA - od 20 do 40 %	Ukrep
<u>Samostojni dejavniki tveganja</u> (ne glede na oceno po Framinghamu): ▪ zelo izražen posamezni dejavnik tveganja, npr. družinska hiperholesterolemija (skupni holesterol > 8.0 mM, in ali holesterol LDL > 5.0 mM); ▪ sladkorna bolezen: - SB tip 2, ali SB tip 1, in starost >40 let, brez i) okvare tarčnega organa, ali ii) dodatnih dejavnikov tveganja; ▪ zmerne ledvične bolezni; ▪ ocenjena 10-letna ogroženost za usodne srčno-žilne dogodke (s točkovnikom SCORE) od vključno 5 do največ 10 %.	Pacienta napotite k ZDM, da dopolni/potrdi oceno ogroženosti in se opredeli o zdravljenju, nato pa ga glede na prisotne vedenjske dejavnike tveganja ustrezno obravnavajte. Motivirajte ga za udeležbo v zdravstvenovzgojnih delavnicah v okviru PSZ v PC. Kontrolni preventivni pregled ponovimo čez 1 leto ali že prej, če tako presodita ZDM/DMS v RADM.
* Verjetnost koronarnega dogodka v 10 letih je ZELO VELIKA – nad 40 %	Ukrep
<u>Samostojni dejavniki tveganja</u> (ne glede na oceno po Framinghamu): 1. bolniki s klinično manifestno koronarno boleznijo; 2. sladkorna bolezen (SB): - SB tip 2, in i) okvara tarčnega organa, ali ii) dodaten dejavnik tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, LDL>3,0 mM oz. zdravljenje s	Pacienta napotite k ZDM, da dopolni/potrdi oceno ogroženosti in se opredeli o zdravljenju, nato pa ga glede na prisotne vedenjske dejavnike tveganja ustrezno obravnavajte. Motivirajte ga za udeležbo v zdravstvenovzgojnih delavnicah v okviru PSZ v PC.

- SB tip 1, in hipolipemiki) i) okvara tarčnega organa, ali ii) starost > 40 let, in dodaten dejavnik tveganja 3. Bolniki s hudo ledvično boleznijo. 4. Ocenjeno 10-letno tveganje s točkovnikom SCORE 10 % ali več.	Kontrolni preventivni pregled ponovimo čez 1 leto ali že prej, če tako presodita ZDM/DMS v RADM.
--	---

Dodatna merila v ocenjevanju srčno-žilne ogroženosti in obravnava pacientov v RA glede na stopnjo ogroženosti za SŽB.

* Pacienti, pri katerih je ocenjena stopnja ogroženosti VELIKA ali ZELO VELIKA (ne glede na oceno po Framingamskih merilih), imajo že prisotne bolezni in so obravnavani pri ZDM, zato DMS pri njih ne določa koronarne ogroženosti. Za DMS v RADM je pomembna informacija o stopnji ogroženosti za koronarni dogodek ter poznavanje pomembnosti intervencij za spremembo življenjskega sloga in podpore duševnemu zdravju. Te intervencije je potrebno izvajati kot neizogiben del celotne obravnave za optimalno vodenje in obravnavo kronične bolezni.

Glede na ocenjeno stopnjo ogroženosti za SŽB opravite prvo triažo ter pacientu svetujete o nadaljnjih postopkih.

Prva triaža in obravnava pacientov v RA glede na stopnjo ogroženosti za SŽB.

Verjetnost koronarnega dogodka v 10-letih, izmerjena po Framinghamu	Stopnja ogroženosti	Obravnava	Ukrep
<10%	<u>Majhna</u>	Obravnava DMS.	Pacienta spodbudite k zdravemu življenjskemu slogu in mu predstavite njegov pomen za ohranjanje in krepitev zdravja. Ponovni preventivni pregled čez 5 let ali že prej, če tako presodita ZDM/DMS v RADM.
10–20 %	<u>Zmerna</u>	Obravnava DMS oziroma glede na izsledke pregleda presodi, če je pacienta potrebno usmeriti k ZDM. ZDM in DMS se skupaj odločita, kdaj bo pacient prišel na kontrolni pregled.	

20–40 %	<u>Velika</u>	Obravnava ZDM.	Pacienta napotite k ZDM, da dopolni / potrdi oceno ogroženosti in se opredeli o zdravljenju, nato pa ga glede na prisotne vedenjske dejavnike tveganja ustrezno obravnavajte. Motivirajte ga za udeležbo v zdravstvenovzgojnih delavnicah v okviru PSZ v PC.
> 40 %	<u>Zelo velika</u>	Obravnava ZDM.	Kontrolni preventivni pregled ponovimo najkasneje čez 1 leto. Priporočljiva je kontrola učinkov nemedikamentozne obravnave na biološke dejavnike tveganja in stopnjo ogroženosti za SŽB znotraj šestih mesecev .

Obravnava v RA glede na oceno ogroženosti za SŽB in izmerjeno vrednost LDL holesterola.

Skupna absolutna srčno-žilna ogroženost	Izmerjena vrednost LDL holesterola				
	<1.8 mmol/l	1.8–2.5 mmol/l	2.5–4.0 mmol/l	4.0–4.9 mmol/l	>4.9 mmol/l
<u>Majhna ogroženost</u> Framingham: < 10 %	Brez intervencije.	Brez intervencije.	Spremembe življenjskega sloga.	Spremembe življenjskega sloga.	Spremembe življenjskega sloga; v primeru nedoseganja ciljnih vrednosti razmislek o zdravlilih.
<u>Zmerna ogroženost</u> Framingham: 10–20 %	Spremembe življenjskega sloga.	Spremembe življenjskega sloga.	Spremembe življenjskega sloga, v primeru nedoseganja ciljnih vrednosti razmislek o zdravlilih.	Spremembe življenjskega sloga, v primeru nedoseganja ciljnih vrednosti razmislek o zdravlilih.	Spremembe življenjskega sloga, v primeru nedoseganja ciljnih vrednosti razmislek o zdravlilih.
<u>Velika ogroženost</u> Framingham: 20–40 %	Spremembe življenjskega sloga, razmislek o zdravlilih.	Spremembe življenjskega sloga, razmislek o zdravlilih.	Spremembe življenjskega sloga <u>in po 9 mesecih</u> v primeru neuspeha zdravljenje <u>tudi</u> z zdravili.	Spremembe življenjskega sloga <u>in po 9 mesecih</u> v primeru neuspeha zdravljenje <u>tudi</u> z zdravili.	Spremembe življenjskega sloga <u>in po 9 mesecih</u> v primeru neuspeha zdravljenje <u>tudi</u> z zdravili. .
<u>Zelo velika ogroženost</u> Framingham: > 40 %	Spremembe življenjskega sloga, razmislek o zdravlilih.	Spremembe življenjskega sloga <u>in po 9 mesecih</u> v primeru neuspeha zdravljenje <u>tudi</u> z zdravili.	Spremembe življenjskega sloga <u>in po 9 mesecih</u> v primeru neuspeha zdravljenje <u>tudi</u> z zdravili.	Spremembe življenjskega sloga <u>in po 9 mesecih</u> v primeru neuspeha zdravljenje <u>tudi</u> z zdravili.	Spremembe življenjskega sloga <u>in po 9 mesecih</u> v primeru neuspeha zdravljenje <u>tudi</u> z zdravili.

Opomba: V tabeli je opisana celovita obravnava pacientov glede na oceno ogroženosti za SŽB in izmerjeno vrednost LDL holesterola. Na DMS se nanašajo naloge, ki so usmerjene v spremembo življenjskega sloga, ukrepi, ki se nanašajo na uporabo zdravil, pa so predmet obravnave zdravnika družinske medicine in stvar njegove celovite ocene in presoje, kdaj se odloči za uporabo zdravila

PREPOZNAVANJE OSEB Z VELIKIM TVEGANJEM ZA SLADKORNO BOLEZEN TIPA 2 IN NJIHOVA OBRAVNAVA

Merila za vrednotenje izvida koncentracije glukoze na tešče.

Izvid	Sklep
Glukoza do 6,1mmol/l.	Koncentracija glukoze na tešče je v normalnem območju.
Glukoza od 6,1 do 6,9 mmol/l.	Mejna bazalna glikemija, veliko tveganje za sladkorno bolezen tipa 2.
Glukoza $\geq 7,0$ mmol/l.	Izpolnjen je en diagnostični kriterij za sladkorno bolezen.

Obravnava pacientov v RA glede na oceno ogroženosti za sladkorno bolezen tipa 2.

Ocena statusa osebe	Tveganje za sladkorno bolezen tipa 2	Ukrep
Pacient z znano aterosklerotično SŽB.		Pacienta v vsakem primeru napotite na OGTT, tudi če je koncentracija glukoze v krvi pod 6,1 mmol/l, saj je tveganje za prisotno sladkorno bolezen tipa 2 veliko.
Glukoza < 6,1mmol/l.	Tveganje lahko natančno opredelimo, če napravimo tudi OGTT.	Pacienta spodbudite k zdravemu življenjskemu slogu in mu predstavite njegov pomen za ohranjanje in krepitev zdravja.
Glukoza od 6,1 do 6,9 mmol/l.	Veliko tveganje. Stanje imenujemo mejna bazalna glikemija (MBG).	Pacientu podajte kratko informacijo o vrednosti koncentracije glukoze in ga usmerite na OGTT, dajte mu ustrezna navodila in mu pojasnite potek in pomen preiskave OGTT. Ko je ovrednotenje glikemičnega statusa končano, ovrednotite njegov življenjski slog, upoštevajte ugotovljeno glikemično stanje.
Glukoza $\geq 7,0$ mmol/l.	Izpolnjen je en diagnostični kriterij za sladkorno bolezen.	Osebo usmerite k ZDM, da opredeli nadaljnjo diagnostiko in zdravljenje. ZDM bo pri osebah brez simptomov sladkorne bolezni (poliurija, polidipsija, nepojasnjena izguba telesne mase) naročil ponovno določanje koncentracije glukoze na tešče oziroma OGTT na drug dan. Diagnozo potrdita dve diagnostični vrednosti. Ko je ovrednotenje glikemičnega statusa končano, ovrednotite njegov življenjski slog, upoštevajte ugotovljeno glikemično stanje.

Obravnava pacientov v RA glede na rezultat OGTT.

Rezultat OGTT	Tveganje za sladkorno bolezen tipa 2	Ukrep
Glukoza na tešče < 6,1 mmol/l, 2 uri po začetku OGTT glukoza od 7,8 do 11,0 mmol/l.	Stanje imenujemo "izolirana motena toleranca za glukozo". Veliko tveganje za sladkorno bolezen tipa 2.	▪ Pacienta usmerite k ZDM. ▪ S pacientom opravite motivacijski pogovor za spremembo življenjskega sloga in ga motivirajte za udeležbo v zdravstvenovzgojnih delavnicah v okviru PSZ v PC za opuščanje zdravstveno tveganih vedenj.
Glukoza na tešče od 6,1 do 6,9 mmol/l, 2 uri po začetku OGTT glukoza < 7,8 mmol/l.	Stanje imenujemo "izolirana mejna bazalna glikemija". Veliko tveganje za sladkorno bolezen tipa 2. Opomba: kadar koncentracije glukoze na tešče ustrezajo definiciji mejne bazalne glikemije, vendar ne napravimo OGTT, to imenujemo "mejna bazalna glikemija".	
Glukoza na tešče od 6,1 do 6,9 mmol/l, 2 uri po začetku OGTT glukoza od 7,8 do 11,0 mmol/l.	Stanje imenujemo "motena toleranca za glukozo in mejna bazalna glikemija". Veliko tveganje za sladkorno bolezen tipa 2.	
Glukoza na tešče 7,0 mmol/l ali več –z OGTT ne nadaljujemo. Glukoza na tešče pod 7,0 mmol/L in je 2 uri po začetku OGTT glukoza ≥ 11,1 mmol/l.	Izpolnjen je en diagnostični kriterij za sladkorno bolezen.	▪ Osebo usmerite k ZDM, da opredeli nadaljnjo diagnostiko in terapijo. ▪ ZDM bo pri osebah brez simptomov sladkorne bolezni (poliurija, polidipsija, nepojasnjena izguba telesne mase) naročil ponovno določanje koncentracije glukoze na tešče oziroma OGTT na drug dan, če še nista znani dve diagnostični vrednosti.