

DEJAVNIKI TVEGANJA PRI BOLNIKIHZ ISHEMIČNO BOLEZNIJO SRCA

RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ISHAEMIC HEART DISEASE

Andreja Kvas

UDK/UDC 616.127-005.4-039.71

DESKRIPTORJI: koronarna bolezen; dejavniki tveganja

DESCRIPTORS: coronary disease; risk factors

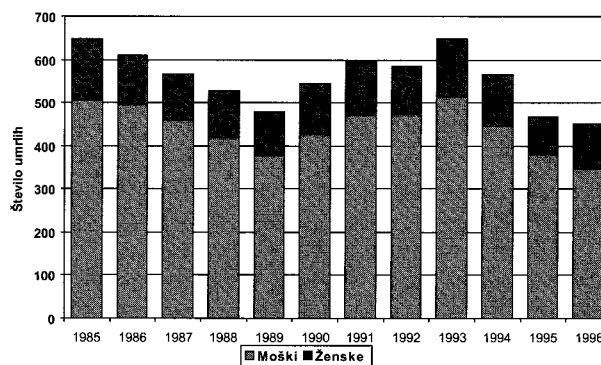
Izvleček – Veliko podatkov kaže, da so bolezn srca in ožilja, kamor spada tudi ishemična bolezen srca, še vedno na prvem mestu po številu obolelih in umrlih pri nas in v svetu. Zaskrbljujoče je, koliko tega lahko pripišemo prav nepoznavanju dejavnikov tveganja za ishemično bolezen srca. Namen raziskave »Senznanjenost z dejavniki tveganja« je predvsem: ugotoviti kakšno je poznavanje dejavnikov tveganja pri bolnikih in zdravih varovanceh, kako posamezne dejavnike tveganja upoštevajo v načinu življenja in na kakšen način bi radi dopolnili svoje znanje o dejavnikih tveganja. Še vedno veliko bolnikov in zdravih varovancev premalo pozna dejavnike tveganja za ishemične bolezni srca, kar pomeni, da jih v vsakdanjem življenju ne morejo upoštevati. Zato je zelo pomembno, da je za bolnike in zdrave varovance organizirana permanentna zdravstvena vzgoja. Zdravstveno vzgojo naj izvaja posebej za to usposobljeno zdravstveno osebje, med katerimi ima profesor zdravstvene vzgoje vodilno vlogo.

Abstract – There exist many data that show that heart and circulatory system diseases, including ischaemic heart disease, are the leading cause of morbidity and mortality in our country and elsewhere. This is to a terrifying degree due to unfamiliarity with risk factors. The aim of the research study "Familiarity with risk factors" was to find out the extent of the knowledge of risk factors in patients and healthy clients, the degree to which these risk factors are taken into account in everyday life and the possible ways to enhance the knowledge about them. It was found out that not enough patients and healthy clients are familiar with risk factors for ischaemic heart diseases, and therefore do not live their everyday lives according to them. Permanent health education of patients and healthy clients should be organized, and carried out by especially educated health personnel, with the professor of health education occupying the leading position.

Uvod

Bolezni srca in ožilja, med katere spada tudi ishemična bolezen srca (IBS), so še vedno vodilni vzrok umrljivosti po svetu kakor tudi v Sloveniji. Slika 1 prikazuje umrle zaradi IBS v Sloveniji v obdobju 1985–1996. V prvih letih opazovanega obdobja je smrtnost zaradi IBS relativno hitro upadala, po letu 1989 pa zopet narasla in vrh dosegla leta 1993 (649 umrlih). V obdobju 1993 do 1996 pa je močno padla (za 28,0 %) na 452 umrlih. Visoka variabilnost je predvsem posledica spreminjanja števila umrlih moških, medtem ko število umrlih žensk ostaja skozi celotno obdobje relativno stalno.

Za uspešno preprečevanje in zmanjševanje tovrstnih obolenj je pomembno, da pri ljudeh dosežemo čim boljše poznavanje dejavnikov tveganja za IBS, kar je dosegljivo z uspešno promocijo zdravega načina življenja. Promocija zdravega načina življenja vključuje tudi zdravstveno vzgojo. Ljudi je potrebno permanentno izobraževati o dejavnikih tveganja ali vsaj tistih dejavnikih tveganja, na katere lahko sami vplivajo s svojim načinom življenja. To je dosegljivo z zdrav-



Sl. 1. Umrli zaradi IBS v Sloveniji v letih 1985 do 1996, po spolu. Vir: Baza podatkov Inštitut za varovanje zdravja (IVZ), 1997.

stvenovzgojnimi programi na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva (primarni, sekundarni in terciarni).

V Sloveniji v okviru evropskega programa Zdravje za vse do leta 2000 že poteka preventivni program preprečevanja kroničnih nalezljivih bolezni (CINDI, Countrywide integrated non-communicable diseases in-

terventive programme). Nastal je z namenom, da bi zmanjšali število kroničnih bolnikov s srčno-žilnimi, rakavimi, sladkorno in duševnimi boleznimi (Mramor, 1995). Dobro bi bilo, če bi se taki programi nadaljevali tudi v prihodnosti, za kar pa je potrebno pridobiti več denarnih sredstev tudi iz državnega proračuna.

Namen in opredelitev problema

Namen raziskave glede »Seznanjenosti z dejavniki tveganja« (SDT) je predvsem ugotoviti, kakšno je poznavanje dejavnikov tveganja pri bolnikih in zdravih varovancih, v kolikšni meri posamezne dejavnike tveganja upoštevajo v načinu življenja in na kakšen način bi radi dopolnili svoje znanje o dejavniki tveganja.

Problem je v tem, da tako bolniki kot tudi zdravi varovanci še vedno premalo poznajo dejavnike tveganja za nastanek IBS in da jih v svojem načinu življenja premalo upoštevajo.

Opredelitev vzorca raziskave

Raziskava o SDT je bila opravljena na Kliničnem oddelku za kardiologijo Kliničnega centra v Ljubljani. Vodstvo oddelka je bilo seznanjeno s potekom raziskave in se je z njeno izvedbo tudi strinjalo. Za sodelovanje v raziskavi o SDT so bili zaproseni vsi bolniki hospitalizirani od 5. 5. 1997 do 30. 9. 1997. Bili so stari od 35 do 64 let, pred tem niso poslušali organiziranega predavanja o dejavniki tveganja na Kliničnem oddelku za kardiologijo. Nekaj bolnikov (15) je zavrnilo sodelovanje v raziskavi. Vzporedno je potekala raziskava o SDT med zdravimi varovanci (kontrolna skupina), in sicer v Zdravstvenem domu Bežigrad, Zdravstvenem domu na Metelkovi in Zdravstvenem domu na Vrhniki. Anketni vprašalnik so dobili v izpolnitev vsi zdravi varovanci (niso srčni bolniki), stari od 35 do 64 let. Sodelovanje v raziskavi je odklonilo 10 zdravih varovancev. V obeh vzorcih je sodelovalo 238 anketirancev, od tega 124 bolnih (93 M in 31 Ž) in 114 zdravih varovancev – kontrolna skupina (82 M in 33 Ž).

Raziskovalna metodologija

Uporabljena je deskriptivna statistična metoda, ki pomaga zbirati, urejati in prikazovati statistične podatke iz vzorca populacije. Pri tej metodi dela gre pravzaprav za posnetek stanja in ugotavljanje vzročno-posledičnih zvez. Za statistično obdelavo podatkov je uporabljen test hi-kvadrat, s katerim smo skušali izvedeti, ali se ugotovljene frekvence razlikujejo od frekvenc, ki bi jih pričakovali na temelju hipoteze.

Način zbiranja podatkov

V raziskavi SDT je za zbiranje podatkov uporabljen anketni vprašalnik, ki je sestavljen iz 41 vprašanj

za bolnike in 39 vprašanj za zdrave varovance. Anketni vprašalnik v prvem delu vsebuje splošne demografske podatke, v nadaljevanju vprašanja o seznanjenosti z dejavniki tveganja za IBS ter načinu življenja anketirancev. Anketni vprašalnik vsebuje vprašanja zaprtega tipa, odprtega tipa in delno zaprtega tipa. Pri vprašanjih zaprtega tipa je navedenih več odgovorov, anketiranec izbere en odgovor. Pri vprašanjih odprtega tipa anketiranec sam vpiše odgovor. Pri vprašanjih delno zaprtega tipa ima anketiranec možnost dopisati odgovor, ki ga sam oblikuje. Anonimna anketa za bolnike je bila opravljena samostojno (raziskovalka jo je izvajala sama) na Kliničnem oddelku za kardiologijo. Po predhodnem pregledu bolnikove dokumentacije je anketni vprašalnik s prazno kuverto dobil vsak bolnik z angino pectoris (AP) in akutnim miokardnim infarktom (AMI) v starosti od 35 do 64 let. Varovancem iz kontrolne skupine so anketni vprašalnik s prazno kuverto razdelile medicinske sestre (MS) v prej navedenih zdravstvenih domovih na dan obiska pri lečečem zdravniku. MS so morale varovancem zagotoviti prostor, kjer so v miru izpolnili anketni vprašalnik in ji ga izpolnjenega vrnili še isti dan (izpolnjevanje anketnega vprašalnika doma ali ob pomoči drugih varovancev v čakalnici ni bilo dovoljeno).

Rezultati in razprava

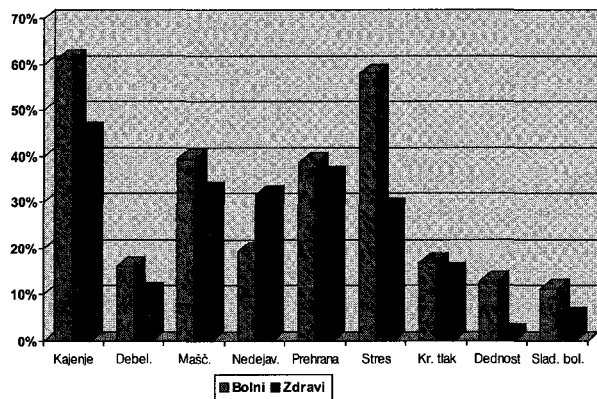
Prikaz strukture anketirancev po poznavanju posameznih dejavnikov tveganja

Če primerjamo poznavanje posameznih dejavnikov tveganja, je največ bolnih (45,6 %) in zdravih (kar 61,3 %) za dejavnik tveganja opredelilo kajenje. Iz slike številka 2 je razvidno, da ljudje kot dejavnik tveganja najbolj poznajo: kajenje, nezdravo prehrano, zvišane maščobe, stres in telesno nedejavnost. Bolniki so v primerjavi z zdravimi varovanci bolj poznali naslednje dejavnike tveganja:

- kajenje: $\chi^2 = 5,87 > \chi^2$ ($p = 0,05$, $g = 1$) = 3,84.
- stres: $\chi^2 = 20,4 > \chi^2$ ($p = 0,0005$, $g = 1$) = 12,12.
- dednost: $\chi^2 = 10,6 > \chi^2$ ($p = 0,005$, $g = 1$) = 7,88.

Zdravi pa so bolj poznali telesno nedejavnost kot dejavnik tveganja (razlike pri $\chi^2 = 4,71 > \chi^2$ ($p = 0,05$, $g = 1$) = 3,84). Med bolnimi in zdravimi anketiranci pa pri stopnji tveganja manjši od ($p = 0,05$) razlike niso bile statistično značilne za naslednje dejavnike tveganja: debelost, zvišane maščobe, nezdravo prehrano, zvišan krvni tlak in sladkorno bolezen.

Iz slike 2 je razvidno, da bolniki poznajo več dejavnikov tveganja za nastanek IBS kot zdravi anketiranci, kar je verjetno posledica večkratnih hospitalizacij in s tem dodatnega izobraževanja na tem področju. Od bolnikov ki so sodelovali v raziskavi SDT je bilo večkrat hospitaliziranih 87 (70,6 %). Sedemtrideset (29,8 %) bolnikov je bilo v tem času prvič v bolnišnici. Bolni in zdravi anketiranci se v raziskavi SDT močno razliku-

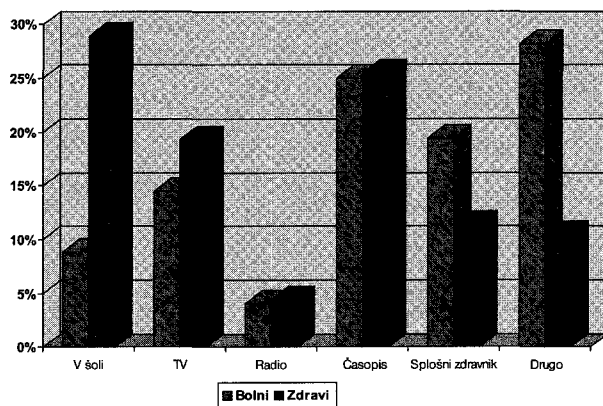


Sl. 2. Prikaz strukture anketirancev po poznavanju posameznih dejavnikov tveganja

jejo v številu znanih dejavnikov tveganja. Tako veliko več zdravih ne zna naštetih nobenega dejavnika tveganja (24,8 %) v primerjavi z bolnimi (7,3 %). Vzrok temu je po vsej verjetnosti to, da bolni obnovijo znanje o dejavniki tveganja v bolnišnici, najprej v pogovorih s sobolniki in kasneje z zdravstvenim osebjem.

Prikaz anketirancev glede na to, kje so prvič slišali za dejavnike tveganja

Največ bolnih anketirancev je prvič slišalo za dejavnike tveganja iz časopisov 25 %, pri splošnem zdravniku 19,4 % in po televiziji 14,5 %. Pod drugo so navajali: bolnišnico, sorodnike, sistematske preglede, knjige, službo in specialistične preglede (28,2 %). Med zdravimi anketiranci jih je največ prvič slišalo za dejavnike tveganja v šoli (osnovna, srednja in visoka), 25,4 % pa jih izvedelo zanje iz različnih časopisov (sl. 3).

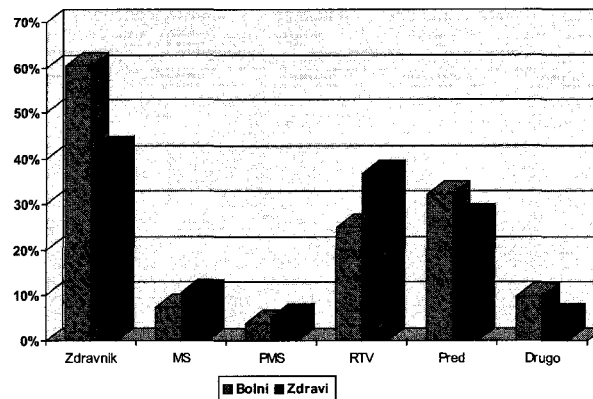


Sl. 3. Prikaz anketirancev glede na to, kje so prvič slišali za dejavnike tveganja

Način dodatnega informiranja o dejavniki tveganja

Velika večina bolnih in zdravih najbolj zaupa zdravniku in bi želeli, da jih o dejavniki tveganja pouči

njihov lečeči zdravnik v ambulanti. Med bolnimi bi zdravniku najbolj zaupalo 60,5 % in med zdravimi 42,1 % anketirancev. Te informacije bi radi dobili tudi prek radia in televizije ter prek organiziranih predavanj. 25,5 % bolnih in 36,8 % zdravih anketirancev bi želelo te informacije slišati po radiu ali televiziji, za predavanje se navdušuje 32,3 % bolnih in 27,2 % zdravih (sl. 4).



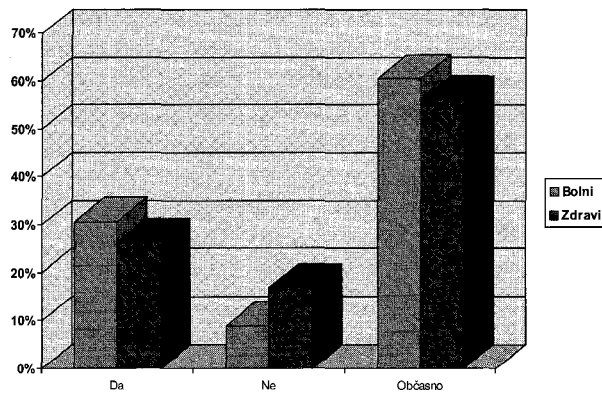
Sl. 4. Prikaz strukture anketirancev glede na to, kako bi radi zvedeli več o dejavniki tveganja

Raziskava je pokazala, da bi se ljudje najraje dodatno izobraževali prek medijev, organiziranih predavanj in pogovora z lečečim zdravnikom. Vse to je zelo pasiven način sprejemanja zdravja, iz česar lahko sklepamo, da so ljudje prezaposleni in da bi se najraje dodatno izobraževali kar v domačem naslanjaču pred televizorjem ob polni mizi »nezdrave hrane«. Presenetljivo je, da zelo malo anketirancev zaupa v dodatno izobraževanje, ki ga izvajajo MS in patronažne MS. Najbolj zaupajo izobraževanju, ki ga izvaja zdravnik. MS torej vse premalo zdravstveno vzgajajo v času bolnikove hospitalizacije, kar je verjetno posledica pomanjkanja znanja, premajhne motiviranosti, pomanjkanja časa in strahu pred odgovornostjo medicinskih sester.

Nezdrava prehrana

Zdrava prehrana je opredeljena kot: hrana z malo maščobami, veliko sadja in zelenjave ter vsaj 5 obrokov na dan. 60,5 % bolnih in 56,1 % zdravih je odgovorilo, da se občasno zdravo prehranjujejo. Za zdravo prehranjevanje se je opredelilo 30,6 % bolnih in 26,3 % zdravih. Drugi menijo, da je njihova prehrana nezdrava (sl. 5). Razlike v načinu prehranjevanja med bolnimi in zdravimi niso bile statistično pomembne.

Največ anketirancev je odgovorilo, da se delno zdravo prehranjujejo, kar je verjetno tudi res. Le malo ljudi si namreč vzame čas za zdravo prehranjevanje (navajajo kosilo v poznih popoldanskih urah, na hitro pripravljeno hrano, hranjenje stoje oziroma med delom, pogrevanje hrane ipd).

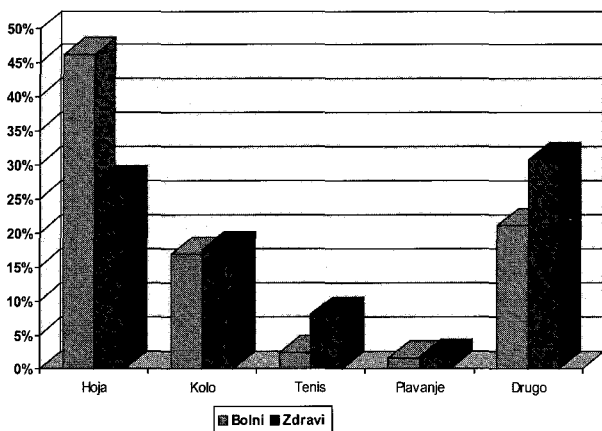


Sl. 5. Prikaz strukture anketirancev glede na to, ali se prehranjujejo zdravo ali ne

Telesna nedejavnost

V številnih epidemioloških študijah so raziskovali vpliv redne telesne vadbe na nastanek IBS. Ugotovili so, da je pri posameznikih, ki so se redno in zmerno ukvarjali z joggingom, plavanjem, kolesarjenjem ali hojo navkreber, živeli manj tvegano za IBS. Najbolj dejavni so zboleli za IBS po različnih študijah v 20 % do 50 % redkeje kot najbolj pasivni (Jenkins, 1988). Telesna nedejavnost torej pospešuje nastanek IBS, zlasti ko gre za kombinacijo z drugimi dejavniki tveganja, kot so: debelost, zvišan krvni tlak in zvišane maščobe v krvi. Poleg tega je človek v času telesne dejavnosti bolj varen pred psihičnimi stresi (Ban, 1994).

V raziskavi SDT je ugotovljeno da se 58,1 % bolnih in 52,6 % zdravih redno ukvarja s telesno dejavnostjo, kar pomeni, da so vsaj enkrat tedensko dejavni, in to pol ure. Razlike med bolnimi in zdravimi niso bile statistično značilne. Iz slike 6 je razvidno, da se največ anketirancev ukvarja s hojo, in sicer 46 % bolnih in 27,7 % zdravih. Za druge vrste telesne dejavnosti se je opredelilo 21,0 % bolnih in 30,7 % zdravih anketirancev. Pod drugo spada: telovadba, tek, smučanje, kegljanje, namizni tenis, fitnes, ribolov, pohodništvo itd.



Sl. 6. Prikaz strukture anketirancev glede na vrsto telesne dejavnosti

Razlike v načinu telesne dejavnosti med bolnimi in zdravimi so bile statistično značilne:

$$\chi^2 = 11,37 > \chi^2 (p = 0,05, g = 4) = 9,49.$$

Ti rezultati so pričakovani, saj bolni ne smejo izvajati določenih bolj napornih športov, ki so med zdravimi zelo priljubljeni, kot so tenis, košarka, nogomet ipd.

Najbolj priljubljena oblika telesne dejavnosti je hoja, verjetno zato, ker vzame najmanj časa, zanjo se ni potrebno posebej pripravljati in ne zahteva posebne športne opreme. Navedene so še naslednje telesne dejavnosti: kolesarjenje (sobno kolo in kolo), tenis, plavanje in drugo. Več kot polovica ljudi ni redno telesno dejavni, kar ni prav nič razveseljivo. Z uspešno ZV na tem področju bi lahko dosegli bistvene izboljšave.

Najboljša je redna telesna dejavnost vseh družinskih članov, ki je dosežena z družinsko rekreacijo, ki vključuje vse družinske člane od otrok do staršev ali celo starih staršev. Pomembno je, da človek že od otroštva doživlja telesno dejavnost kot redno sestavino življenja. Sistematična telesna dejavnost ugodno vpliva na vse dejavnike tveganja: debelost, zvišan krvni tlak in zvišana vrednost maščob v krvi (Ban, 1994). Družinska rekreacija izboljšuje odnose v družini, izboljšuje splošno počutje družinskih članov, krepi vztrajnost in disciplino ter omogoča boljše delovne in šolske uspehe.

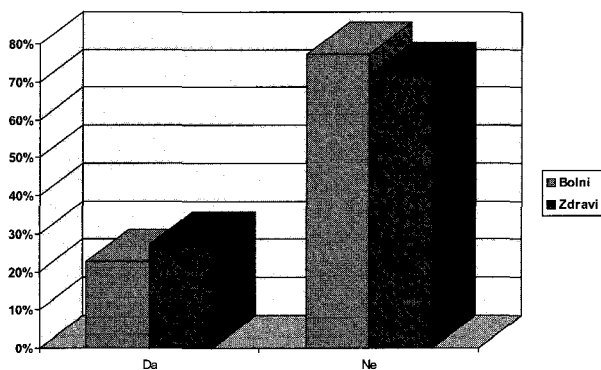
V vzorcu raziskave CINDI je bilo samo ena tretjina telesno dejavni oseb, vsak drugi Ljubljančan potrebuje spodbudo, da bi postal dovolj fizično dejaven. Moški so bistveno bolj dejavni kot ženske (41,2 % proti 26,3 %). Od obojih skupaj je telesno dejavni 33,8 % anketirancev in 15,5 % je telesno nedejavni (Gradišek s sod., 1992).

Če rezultate raziskave CINDI primerjamo z raziskavo o SDT, je razvidno, da so anketiranci v drugi raziskavi veliko bolj telesno dejavni (58,1 % bolnih in 52,6 % zdravih). Rezultati se razlikujejo predvsem zaradi manjšega vzorca v primeru raziskave o SDT, prav tako v tej raziskavi ni bilo porazdelitve telesne dejavnosti na naslednje kriterije: telesno dejavni, mejno dejavni in telesno nedejavni (raziskava CINDI je imela takšne kriterije).

Raziskava Slovensko javno mnenje (SJM) na temo »Kakovost življenja Slovencev«, ki jo je opravila Fakulteta za družbene vede leta 1996, je dala naslednje rezultate: tistih, ki se redno ukvarjajo z kakršnokoli telesno dejavnostjo, je le dobra petina, starih do 75 let. Pri tem prevladujejo moški, mladi in višje izobraženi, delež telesno dejavni upada že po 24 letu (Černigoj-Sadar in Brešar, 1996).

Kajenje

V starostnem obdobju od 35 do 64 let je med bolnimi 22,6 % in med zdravimi 27,2 % kadilcev (sl. 7). Med bolnimi je veliko več ljudi opustilo kajenje, kar



Sl. 7. Prikaz strukture anketirancev glede to, ali kadijo ali ne

kažejo naslednji podatki: med bolnimi je 54,8 %, med zdravimi pa 28,9 % bivših kadilcev. S starostjo se delež kadilcev močno zmanjšuje, tako jih v starosti od 60 do 64 let kadi le še 19,2 %. Razlike glede kajenja med bolnimi in zdravimi niso bile statistično značilne, kar je presenetljivo glede na boljše poznavanje škodljivosti kajenja med bolnimi.

V raziskavi o SDT bolni (54,8 % bivših kadilcev) veliko pogosteje opuščajo kajenje kot zdravi (28,9 % bivših kadilcev), za kar je verjetno vzrok sedanja bolezen in strah pred ponovnim izbruhom bolezni. Zdravi še niso imeli težav z zdravjem zaradi kajenja, zato se težje odločijo za prenehanje kajenja. Še vedno pa je med bolnimi 22,6 % sedanjih kadilcev in med zdravimi 27,2 % sedanjih kadilcev, kar ne odstopa veliko od rezultatov raziskave CINDI. Z leti se delež kadilcev močno zmanjšuje, tako jih v starosti od 60 do 64 let kadi le še 19,2 %. Iz podatkov je razvidno, da ljudje uspešno opuščajo kajenje. Naloga zdravstvenih delavcev je, da jim pri tem čimbolj pomagajo.

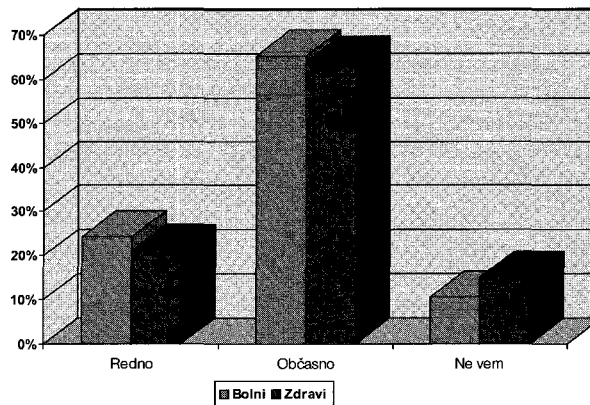
Po statističnih podatkih danes na vsem svetu kadi več kot polovica moških in približno četrtnina žensk (Gradišek s sod., 1992). Število kadilcev in kadilk narašča predvsem v nerazvitem svetu, v razvitem svetu pomembno upada (Gradišek s sod., 1992). V raziskavi CINDI za leto 1990 do 1991, ki je potekala v ljubljanskih zdravstvenih domovih, kadi v starosti od 25 do 64 let 40 % moških in 29 % žensk. Skupaj je v ljubljanskih občinah 35 % vseh kadilcev (Gradišek s sod., 1992).

Raziskava SJM je dobila glede kajenja naslednje rezultate: kadi dobra tretjina moških in četrtnina žensk, od teh (70 %) pokadi več kot 10 cigaret na dan, največ kadilcev je v obdobju od 25. do 45. leta (obdobje največjih delovnih in družinskih obremenitev), delež kadilcev izrazito pade po 45. letu, predvsem zaradi zdravstvenih težav (Černigoj-Sadar in Brešar, 1996).

Leta 1999 je bil sprejet Zakon o omejevanju uporabe tobaknih izdelkov, ki prepoveduje kajenje na javnih mestih, s čemer se bo nekoliko zmanjšalo število kadilcev in število pokajenih cigaret dnevno. Vendar se ta zakon še ne izpolnjuje v celoti, saj so inšpektorji glede upoštevanja le-tega še nekoliko nedosledni.

Stres in obvladovanje stresa

Na vprašanje, ali ste izpostavljeni stresnim situacijam, je pritrtilno odgovorilo 24,2 % vprašanih. 65,3 % bolnih in 64 % zdravih je občasno izpostavljenih stresnim situacijam. Več kot polovica bolnih in zdravih je torej pod stresom (sl. 8).



Sl. 8. Prikaz strukture anketirancev glede stresa

Na vprašanje, ali se znajo ob stresnih situacijah pomiriti oziroma ali poznajo vaje za sprostitve, je pritrtilno odgovorilo 37,1 % bolnih in 45,6 % zdravih. Glede izpostavljenosti stresnim situacijam med bolnimi in zdravimi ni statistično značilnih razlik.

Stres bi lahko povezali tudi s poklici, ki jih opravljajo anketiranci. Veliko zdravih in bolnih je zaposlenih na odgovornih delovnih mestih, kar povzroča redne in občasne stresne situacije. Tako je med zdravimi 63,1 % in med bolnimi 44,1 % takih ljudi. Vsekakor so stresu bolj izpostavljeni tisti, ki so na vodilnih delovnih mestih, avtoritativno naravnani, tisti, ki ne znajo reči ne (se ne znajo postaviti zase), mladi z visoko postavljenimi cilji in zahtevami ter pričakovanji in zadnje čase zlasti brezposelni. Stresu so najbolj izpostavljeni ljudje, ki imajo občutek, da ne morejo bistveno vplivati (izboljšati) na razmere doma, v službi... ter se počutijo kot žrtve okoliščin, ki jih ne morejo spremeniti. Na stres pa v veliki meri vplivajo trenutne družbene razmere, ki zahtevajo od posameznikov vedno večje fizične in psihične napore.

Sklep

Raziskava o »Seznanjenosti z dejavniki tveganja« (SDT) je pokazala, da ljudje še vedno premalo poznajo dejavnike tveganja in da jih v svojem načinu življenja ne upoštevajo. Zlasti so jim slabše znani naslednji dejavniki tveganja: kontracepcija, sladkorna bolezen, dednost in visok krvni tlak.

Naloga profesorjev zdravstvene vzgoje (prof. ZV) je, da ljudi permanentno zdravstveno vzgajajo, kar bo doseženo z uspešno in načrtovano promocijo zdrave-

ga načina življenja. Za uspešno ZV je pomembno, da imajo zdravstveni vzgojitelji (zdravniki, prof. ZV, MS in delno zdravstveni tehnik – ZT) dovolj znanja s področja IBS in da se ZV izvaja na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva (primarni, sekundarni in terciarni). V ZV morajo sodelovati tudi starši, vzgojitelji v vrtcih, učitelji v šolah in drugi strokovnjaki, tako da ljudi zdravstveno vzgajajo vse življenje. Pri tem ne smejo pozabiti na dober zgled, ni namreč dovolj, govoriti eno in delati drugo.

Večina anketirancev je izrazila željo po dodatnem izobraževanju o dejavnih tveganja in o zdravem načinu življenja, kar bo doseženo z organiziranjem predavanj o zdravem načinu življenja v lokalnih skupnostih, zdravstvenih domovih, bolnišnicah, šolah, zdraviliščih... ter pripravo radijskih in televizijskih oddaj, kot so: omizja, kontaktne oddaje, poljudnoznanstvene oddaje, zdravniški nasveti ipd.

Rezultati raziskave o SDT so pokazali, da je nekaj teh predavanj že organiziranih po različnih krajih v Sloveniji in da se ljudje zanje zanimajo. Vendar tovrstna predavanja niso enotno organizirana po vseh krajih v Sloveniji, saj bi se jih ljudje marsikje udeležili, če bi se redno izvajala. Ti programi morajo biti dovolj strokovni in poenoteni. Vanje je potrebno vključiti čimveč strokovnjakov različnih področij: zdravstvene delavce, psihologe, ekologe, ekonomiste, menedžerje, socialne delavce in druge strokovnjake.

Ljudje se odločajo predvsem za bolj pasivne oblike dodatnega izobraževanja, zato jih je potrebno motivirati, da si bodo znali izbrati tudi bolj aktivne oblike pridobivanja tega znanja. Društvo »Za srce« npr. prireja različna predavanja in okrogle mize, kjer lahko prisotni aktivno sodelujejo s svojimi izkušnjami in spoznanji.

Za aktivno delo poslušalcev so zelo primerne različne učne delavnice, kjer se udeleženci naučijo vse o pripravi zdrave prehrane, o načinih prenehanja kajenja, kjer prisotni izmenjajo svoje izkušnje in spoznanja ter imajo na voljo strokovnjaka, ki jim takoj odgovori na vprašanja, dileme in strahove. Takšnih učnih delavnic je pri nas žal premalo, zanimanje ljudi zanje pa je veliko. V teh učnih delavnicah bi npr. učili, kako prenehati kaditi, kako vztrajati v nekajenju ali kako vsaj zmanjšati število dnevno pokajenih cigaret, kako pripraviti zdrav obrok hrane ipd. Te učne delavnice naj bodo strokovno vodene, predavatelji naj si pomagajo pri izobraževanju z izdelavo brošur te vsebine, različnimi plakati, slikami, modeli itd.

Obvladovanje stresa je možno s pomočjo antistresnih programov, v katerih udeležence naučijo vaj za sproščanje. Udeleženci naj spoznajo, kako pomembno je, da se znajo v kriznih situacijah sprostiti, zlasti v pogovoru s strokovnjakom (supervizorjem). Tudi na delovnem mestu lahko delujemo antistresno in preprečujemo sindrom izgorevanja, pri čemer naj pomagajo supervizorji, ki so strokovno usposobljeni za to. Stres lahko bistveno znižamo tudi z vsakoletnim od-

hodom na dopust, kjer se sprostimo in si okrepimo voljo ter moč za reševanje težav v službi in doma.

Ljudje, ki so dedno obremenjeni, naj vsako leto opravijo preventivni pregled, zlasti tisti, ki spadajo v ogroženo skupino za nastanek IBS. Ti pregledi naj vsebujejo: merjenje krvnega tlaka, določitev vrednosti maščob in krvnega sladkorja v krvi, indeks telesne mase, ugotovitev, ali je varovanec telesno dejaven, če se zdravo prehranjuje, obvladuje stres, ali je kadilec in ali je dedno obremenjen.

Pri zniževanju obolevnosti in smrtnosti zaradi IBS ima prof. ZV pomembno vlogo. Poskrbeti mora za organiziranje in izvajanje permanentne ZV na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva in za dodatno izobraževanje zdravstvenih delavcev, ki izvajajo ZV bolnikov/varovancev. Z dodatnim izobraževanjem zdravstvenih delavcev bo izpopolnil njihovo dosejanje znanje in jih seznanil z novimi dosežki na področju medicinske znanosti in tehnologije, na področju novih teorij in modelov ZN ter z novostmi na področju ZV bolnikov/varovancev.

S pomočjo različnih raziskav naj skuša prof. ZV dobiti podatke za prikaz in analizo dosejanega zdravstvenovzgojnega dela zdravstvenih delavcev in znanja celotne populacije. S pomočjo tako dobljenih podatkov mora izdelati programe ZV za zmanjševanje IBS, ki temeljijo na informiranju celotne populacije in katerih cilj je zdrav način življenja, bivanja in prehranjevanja s poudarkom na tistih nevarnih dejavnih tveganja, ki pospešujejo nastanek ateroskleroze. S promocijo zdravja mora vplivati predvsem na zavestno spreminjanje vedenja in prevzemanje bolj zdravih življenjskih navad in oblikovanje skrbi ljudi za lastno zdravje in za zdravje celotne skupnosti.

Poleg ZV naj izvajalci ZV uporabljajo kot metodo dela tudi svetovanje. Ta namreč omogoča, da bolnik/varovanec samostojno rešuje svoje probleme s pomočjo nasvetov svetovalca. Ta ga le usmerja, tako da varovanec sam spozna vzroke svojih težav in jih skuša čim hitreje in samostojno razrešiti. Svetovanje se izvaja individualno ali skupinsko in zahteva čim večjo motiviranost bolnikov/varovancev za doseg postavljenih ciljev.

Literatura

1. Adamič Š. Temelji biostatistike. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze Edvarda Kardelja v Ljubljani, 1989.
2. Ban S. Družinska rekreacija – eden od dejavnikov varovanja zdravja. Zdrav Var 1994; 33: 153–5.
3. Boh K. Kvaliteta življenja in zdravja. Zdrav Var 1988; 27: 23–9.
4. Černigoj-Sadar N, Brečar A. Vpliv socialnega položaja na zdravstveno stanje. V: Kakovost življenja v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede Ljubljana, 1996: 183–97.
5. Černigoj-Sadar N. Prosti čas. V: Kakovost življenja v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede Ljubljana, 1996: 197–212.
6. Elder AT, Shaw TRD, Turnbull CM, Starkey IR. Elderly and younger patients selected to undergo coronary angiography. Br Med J 1991; 303: 950–3.
7. Fürst J, Tepeš B, Lavrič J, Košutič J. Analiza kardiovaskularnih dejavnikov tveganja pri slovenskih poslovnih. Zdrav Vestn 1995; 64: 623–7.

8. Gradišek A, Šoln D, Tršan V et al. Študija dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni v Ljubljani. *Zdrav Var* 1992; 31: 71–7.
9. Hoyer S. Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1995.
10. Jenkins C.D. Epidemiology of cardiovascular diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 3: 324–32.
11. Jerše M, Pokorn D. Srce in ožilje. Ljubljana: Založba Centralnega zavoda za napredek gospodinjstva, 1980: 31–214.
12. Keber I. Koronarni dejavniki tveganja pri ženskah. In: Poredoš P. Zbornik prispevkov Srce in ožilje 1992 strokovnega sestanka Zdrženja kardiologov Slovenije in Angiološke sekcije pri Slovenskem zdravniškem društvu, Otočec, 1992: 5–7.
13. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994.
14. Kramberger B. Severna Kareljja je znižala maščobe v prehrani ter kajenje in za polovico zmanjšala srčne smrti. *Zdravstvena kultura – samostojna zdravstvenovzgojna priloga revije Zdrav Var* 1992: 89–90.
15. Lazar I, Premik M. Odnos Slovenskih zdravnikov do zdravega načina življenja. *Zdrav Vestn* 1997; 66: 17–20.
16. Mandič S. Stanovanjski parametri kakovosti življenja in spremembe v zadnjem desetletju. V: *Kakovost življenja v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede Ljubljana, 1996: 213–32.
17. Marušič A. Biopsihosocialni prepleti dejavnikov tveganja za ishemično bolezen srca. Magistrska naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1993.
18. Migas OD. The lipid effects of smoking. *Am Heart J* 1988; 115: 272.
19. Ministrstvo za zdravstvo. Plan zdravstvenega varstva republike Slovenije do leta 2000: Ljubljana, 1993: 17–9.
20. Moravec-Berger D, Ravnikar B, Jezeršek P et al. Razširjenost nekaterih dejavnikov tveganja za bolezen srca in ožilja v Zgornji Ščavnici in Braniku. *Zdrav Var* 1992; 31: 63–70.
21. Moravec-Berger D, Turk J, Florjančič M. Nekaj pomembnih podatkov o boleznih srca in ožilja v Sloveniji. *Zdrav Var* 1992; 31: 57–61.
22. Mramor J. CINDI 2000. *ISIS* 1995; 3: 25–7.
23. Pokorn D. Prehrana in kronične bolezni v Sloveniji. *Zdrav Var* 1996; 35: 277–83.
24. Pokorn D. Alternativne oblike v preventivi bolezni srca in ožilja. *Zdrav Var* 1997; 36: 253–4.
25. Pokorn D. Dietna kuhinja. Ljubljana: Cankarjeva založba Slovenije 1980: 185–99 in 218–23.
26. Ravnikar B, Žalar A. Zdravstvena vzgoja za utrjevanje zdravja pri prevenciji kardiovaskularnih bolezni. *Zdrav Var* 1988; 28: 39–40.
27. Sagadin J. Poglavlja iz metodologije pedagoškega raziskovanja 2 del. Ljubljana: Pedagoški inštitut pri univerzi v Ljubljani, 1977.
28. Standard K, Kaplaun A. Health education: new tasks, new approaches. *Wo Chronicle* 1983; 37: 61–4.
29. Stanič-Stefan S, Bulc M, Kovač-Blaž M et al. O zdravju srca. Viktorijska deklaracija. Ljubljana: Svetovalni odbor Mednarodne konference o zdravju srca, 1994.
30. Stergar E. Razširjenost kajenja v Sloveniji. *Zdrav Var* 1990; 29: 295–7.
31. Sunčič S, Modic S, Sabadin A. Preventivni zdravstveni pregledi delavcev in program CINDI. *Zdrav Var* 1997; 36: 243–8.
32. Sunčič S, Modic S, Sabadin A. Usklajenost vodil in meril programa CINDI in preventivnih zdravstvenih pregledov delavcev. *Zdrav Var* 1997; 36: 249–51.
33. Surgeon General. Cardiovascular disease. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1983.
34. Svendsen KH, Kuller LH, Martin MJ, Ockene JK. Effects of passive smoking in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Epidemiol* 1987; 126: 783.
35. Svetlik I. Kakovost življenja v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede Ljubljana, 1996.
36. Trap-Jensen J. Effects of smoking on the heart and peripheral circulation (Review). *AM Heart J* 1989; 115: 263.
37. World Health Organization. New policies for health education in PHC. Geneva: WHO 1982: 1–20.
38. Zorko T. Rehabilitacija bolnikov v koronarnem klubu. *Zdrav Var* 1992; 31: 117–8.
39. Žalar A. Analiza zdravstvenovzgojnega dela s kardiovaskularnimi bolniki, s poudarkom na hipertoničnih, v zdravstvenih organizacijah v Sloveniji. *Zdrav Var* 1992; 32: 103–8.