

Izvirni znanstveni članek / Original article

MOTIVACIJSKI DEJAVNIKI POSAMEZNIKA PRI VKLJUČEVANJU V DELAVNICE CINDI

MOTIVATIONAL FACTORS INFLUENCING ADULTS TO JOIN THE CINDI WORKSHOPS

Darja Anderle, Brigita Skela Savič

Ključne besede: program za zdravje, zdravstvena vzgoja, srčno-žilna obolenja

Key words: CINDI programme, health education, cardiovascular diseases

IZVLEČEK

Izhodišča: Poznani so dejavniki tveganja za nastanek kardiovaskularnih bolezni. Na te dejavnike posameznik lahko vpliva s svojim življenjskim slogom. Kot pomoč pri spreminjanju življenjskega sloga je v Sloveniji organiziran Program za zdravje – delavnice CINDI. Zdravstvenovzgojno delo z odraslo populacijo se sooča s ključnim problemom, kako motivirati posameznika, da se vključi v program. Namen raziskave je bil poiskati najpomembnejše motivacijske dejavnike, ki prispevajo k odločitvi posameznika, da se vključi v delavnice CINDI.

Metode: V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda dela. Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik. Raziskava je bila izvedena v Zdravstvenem domu Radovljica. Uporabili smo metodo anketiranja. Vzorec predstavlja šestdeset anketirancev, vključenih v delavnice CINDI v obdobju 2008–2009. Raziskava je bila izvedena decembra 2009 in januarja 2010. Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS 15.0. Uporabljena je bila metoda opisne statistike, t-test, hi-kvadrat in ANOVA.

Rezultati: Motivacijske dejavnike smo razdelili na notranje in zunanje. Ugotovili smo, da so pri odločitvi pomembnejši notranji dejavniki ($PV = 4,0$). Rezultati so pokazali, da so anketiranci v veliko večji meri kot motivatorja prepoznali zdravnika, medicinska sestra v tej vlogi namreč statistično pomembno zaostaja ($p < 0,001$). Rezultati so pokazali, da se lestvica motivacijskih dejavnikov statistično pomembno ne razlikuje glede na spol, starost, socialni status in zdravstveno stanje posameznika.

Diskusija in zaključek: Rezultati in njihova primerjava s podobnimi študijami kažejo, da so pri motiviranosti posameznika, da se vključi v zdravstvenovzgojne delavnice, pomembnejši notranji motivacijski dejavniki. Razloge, da posamezniki niso prepoznali medicinske sestre v vlogi motivatorke je mogoče iskati v sedanjih organiziranosti zdravstvenega varstva v Sloveniji. Medicinske sestre imajo še veliko neizkoriščenih možnosti na

ABSTRACT

Introduction: Conditions or habits, known as risk factors associated with an increased risk of developing cardiovascular disease, have been largely recognised. All persons can take steps to decrease the risks by addressing these factors by healthier lifestyles. Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (CINDI) program workshops are being organised to help individuals adopt and maintain healthy life patterns. The success of health education depends primarily on the motivation of adult population to participate in the workshops. The aim of the study was to identify the most common both intrinsic and extrinsic (environmental) factors involved in the decision-making to join the programme.

Methods: Quantitative research method with a survey questionnaire as a research instrument was used in data collection and analysis. The study was conducted in Radovljica Health Centre in December 2009 and January 2010. 60 respondents participating in the CINDI workshops from December 2008 to January 2009 were included in the study. The data were analysed by the Spss 15.0. Statistics Software. Descriptive statistics, a t test, Chi square and ANOVA were employed.

Results: According to the results obtained, the intrinsic motivational factors have precedence over the extrinsic ones ($PV = 4.0$). In the respondents' view, the doctors have a statistically more significant impact on motivation than nurses ($p < 0,001$). The results also show that there is no significant difference in motivation in regards to gender, age, social status and health condition of the respondents.

Discussion and conclusion: Results of the present and other comparative studies reveal that the intrinsic motivational factors play a decisive role in voluntary participation in health education workshops. A rather insignificant role of nurses in this function can be attributed to the prevailing organisation of the overall health care in Slovenia. Nurses as motivators could heighten

Darja Anderle, dipl. m. s., OZG – OE Zdravstveni dom Radovljica, Kopalniška cesta 7, 4240 Radovljica, e-naslov: darja.anderle@zd-radovljica.si

doc. dr. Brigita Skela Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org., Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Spodnji plavž 3, 4270 Jesenice, e-naslov: bskelasavic@vszn-je.si

Raziskava je bila izvedena v okviru raziskovalnega projekta pri predmetu »Na dokazih podprta zdravstvena nega« v okviru magistrskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, pod mentorstvom doc. dr. Brigite Skela Savič.

tem področju. V programe bo potrebno pritegniti tudi mlajšo, službeno še aktivno populacijo ter proučiti pristope, metode in orodja za njihovo večjo vključitev.

Uvod

Biti in ostati zdrav je nedvomno vrednota za ljudi vseh starosti. Bolezni sodobne družbe kažejo, da pacient potrebuje več kot samo zdravnika, da je potrebna celostna obravnava in približevanje bolnemu in zdravemu človeku v okolju, kjer živi (Skela Savič, 2009). Raziskave v razvitem svetu na prvo mesto obolenosti in umrljivosti uvrščajo bolezni srca in žilja in po drugi strani dokazujejo, da se v zadnjih desetletjih delež teh bolezni v vseh razvitih državah sveta postopoma zmanjšuje (Fras et al., 2009). K zmanjšanju umrljivosti zaradi bolezni srca in žilja, ki so povezane z aterosklerozo, sta v zadnjih desetletjih največ pripomogla dva dejavnika. Prvi je zmanjševanje razširjenosti in izraženosti poglavitnih neodvisnih dejavnikov tveganja, drugi revolucionarne spremembe v zdravljenju (Fras, Maučec Zakotnik, 2009).

V Sloveniji se je leta 2002 začel sistematičen preventivni program bolezni srca in žilja, ki ima pravno podlago v zakonodaji (Navodilo, 1998; Navodilo, 2001). Program je tako postal obvezen za izvajalce zdravstvene dejavnosti na primarni ravni. Na drugi strani je postal dostopen vsem prebivalcem v državi. Prav univerzalna dostopnost celotnemu prebivalstvu v določenih starostnih skupinah je edinstvena v primerjavi s podobnimi programi v drugih državah (Fras, Maučec Zakotnik, 2009). Zakonodaja preventivni program razdeli na dva dela, prvi del zajema preventivne zdravstvene preglede, ki jih opravi osebni zdravnik. Na podlagi ocene ogroženosti zdravnik posameznike napoti v drugi del preventivnega programa – Program svetovanja za zdravje – delavnice CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention).

Programi svetovanja za zdravje – delavnice CINDI, potekajo v zdravstvenovzgojnih centrih, ki so organizirani v zdravstvenih domovih (Fras, Maučec Zakotnik, 2009a). To je standardiziran program, ki ima določeno metodo dela, organizacijo dela, kader, vsebino, obseg in čas trajanja (Fras et al., 2009). Programirano zdravstvenovzgojno delo izvajajo posebej usposobljeni strokovnjaki: zdravniki splošne/družinske medicine, profesorice zdravstvene vzgoje, diplomirane medicinske sestre, fizioterapevti, psihologi (Fras, Leskošek, 2009). Program svetovanja za zdravje – delavnice CINDI, je sestavljen iz začetnega dela programa, ki ga predstavljajo kratke delavnice (življenjski slog – promocija zdravja, test hoje in dejavniki tveganja). Nadaljevalni del programa zajema daljše delavnice (zdrava prehrana, telesna dejavnost, zdravo hujšanje, opuščanje kajenja) (Luznar, 2009). Program svetovanja za zdravje – de-

the awareness of the population of all ages to avoid the health risk factors and thereby decrease the incidence and prevalence of heart diseases.

lavnice CINDI, je oblikovan tako, da kot celota vpliva na spremembo življenjskega sloga posameznika (Fras, Leskošek, 2009).

V Program preventivnega pregledovanja – presejanja populacije na prisotnost bolezni srca in žilja in dejavnikov tveganja zanje, zajamemo celotno odraslo slovensko populacijo v starostnih obdobjih 35–65 let za moške in 45–70 let za ženske. V Program svetovanja za zdravje so lahko vključeni tudi ostali odrasli (izven omenjenega starostnega obdobja), ki imajo zelo izraženega katerega od srčno-žilnih dejavnikov tveganja (Fras, Leskošek, 2009). Fras in sodelavci (2009) ugotavljajo, da je stanje glede dejavnikov tveganja za nastanek bolezni srca in žilja glede na zbrane podatke v Sloveniji v obdobju 2002–2009 zaskrbljujoče. Med pregledanimi osebami so izvajalci ugotovili že izraženo obliko bolezni srca in žilja (srčni infarkt, angino pectoris, možgansko kap ali periferno arterijsko žilno bolezen) v anamnezi pri okoli 5 % oseb in družinsko obremenjenost s prezgodnjo obliko bolezni srca in žilja (pred 55 letom starosti pri moških oziroma pred 65 letom starosti pri ženskah) pri 32 % pregledanih. Kadi 24,1 % pregledanih oseb, kar okoli 45,4 % jih je izrazito nezadostno telesno dejavnih (manj kot enkrat tedensko), prekomerno težo (z indeksom telesne mase nad 25 kg/m²) ugotavljajo pri 72,2 % pregledanih oseb, debelost pri 28,8 %, tvegano pitje je prisotno pri 8,3 %. Zelo zaskrbljujoče je stanje na področju prekomerne vrednosti krvnega holesterola, zvišanega krvnega tlaka ter motenj presnove glukoze.

Pregled literature je pokazal, da je v svetu na temo srčno-žilnih bolezni in zdravstvenovzgojnega dela narejenih veliko raziskav. Pri pregledu podatkovne baze literature CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) smo našli veliko število raziskav, povezanih z dejavniki tveganja, zdravim načinom življenja in zdravstveno vzgojo. Downes (2008) in Khare s sodelavci (2009) v svojih raziskavah, ki so bile narejene na obrobni populacijskih skupinah (ameriški črnci, nepismene ženske), ugotavljajo motivacijske dejavnike in ovire za zdrav način življenja pri njihovem življenjskem slogu. Nekatere raziskave so izvedene na vzorcih zdravih ljudi, pa tudi pri bolnikih z različnimi vrstami kroničnih bolezni, veliko pri sladkornih bolnikih (Jallinoja, Pajari, Absetz, 2008). Vincent (2009) ugotavlja pozitiven učinek telesne dejavnosti in pravilne prehrane na počutje sladkornih bolnikov in na vodenje bolezni. Zajete so tudi vse starostne skupine od otrok do starejših. Lefler (2009) obravnava starejše ženske; njegovi rezultati so pokazali, da zdrav način življenja s čim manj dejavniki tveganja pozitivno vpliva na počutje in zdravje tudi v pozni starosti. Raziskave o dejavnikih

tveganja in zdravem življenjskem slogu so bile izvedene tudi na neplodnih parih, kjer se je pokazal negativen vpliv dejavnikov tveganja celo na zanositev (Homan, Norman, 2009).

V slovenski literaturi smo našli dve raziskavi iz zadnjega obdobja petih let: Seznanjenosti prebivalcev Slovenije z dejavniki tveganja nastanka bolezn srca in žilja (Žalar, 2009) in Analiza zdravstvenovzgojne dejavnosti za opuščanje kajenja (Žalar, 2008). V prvi raziskavi so opredeljeni znanje, ozaveščenost in stališča posameznikov do dejavnikov tveganja nastanka bolezn srca in žilja. Stopnja seznanjenosti prebivalcev z dejavniki tveganja nedvomno vpliva na osvojitve bolj ali manj zdravega življenjskega sloga, kar je potrebno upoštevati pri načrtovanju preventivnih dejavnosti. Druga raziskava želi pridobiti podatke o sami motiviranosti in odločitvi kadilcev za opuščanje kajenja. Iz analize podatkov je razvidno, da je bila pri zdravstveni obravnavi le desetina zajetih kadilcev zelo motivirana za opuščanje kajenja, dobra četrtina pa delno motiviranih.

Spreminjanje življenjskega sloga posameznika je proces, ki ima svoje zakonitosti in se pri posamezniku velikokrat prične zaradi zdravstvene ogroženosti ter zahteva podporo vseh zdravstvenih delavcev (Luznar, 2002). Timski pristop v osnovnem zdravstvenem varstvu zagotavlja ustrezno pomoč posamezniku, saj so aktivnosti medicine in zdravstvene nege usmerjene k skupnemu cilju – zdravju. Pri tem ima veliko vlogo medicinska sestra kot izvajalka zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje, ki se posveča človeku z vidika osnovnih človekovih potreb. Z zdravstveno vzgojo lahko vplivamo na življenjski slog in s tem na zmanjšanje ključnih bioloških dejavnikov tveganja za razvoj bolezn srca in žilja (Luznar, 2002).

Ob navedenem dejstvu, da je življenjski slog oziroma obnašanje in delovanje posameznikov zelo pomembno pri ohranjanju in izboljševanju zdravja in da se v program vključuje vse prebivalstvo, se nam postavi vprašanje, kako ljudi pritegniti – motivirati, da bi se v programe za zdravje tudi zares vključili (Luznar, 2009). Scholz in sodelavci (2008) v svoji raziskavi pokažejo, da je motivacija za spremembo vedenja pri posamezniku proces, ki se oblikuje skozi daljše časovno obdobje, in da v tem času posameznik potrebuje veliko spodbud iz okolja. Brodie, Inoue, Shaw (2008) ugotavljajo, da so za večjo motiviranost posameznika za zdravstveno vzgojo zelo koristni motivacijski pogovori. Marquardt, Vezeau (2007) v svoji raziskavi prikazujeta pomembnost motivacijskih pogovorov na več področjih sprememb življenjskega sloga, še posebej, če je pri posamezniku že potrebno zdravljenje.

Namen in cilj

Glede na navedena dejstva, da zdrav način življenja brez dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezn pomembno vpliva na zdravje posameznikov, smo

si zastavili raziskovalno vprašanje: Kateri motivacijski dejavniki najmočneje spodbujajo posameznika, da se vključi v programe za zdravje – delavnice CINDI? Postavili smo raziskovalne cilje – ugotoviti želimo:

- kateri motivacijski dejavnik v največji meri prispeva k odločitvi posameznika, da se vključi v delavnice CINDI;
- ali se najpomembnejši motivacijski dejavniki razlikujejo glede na spol, starost, status posameznikov in zdravstveno stanje;
- kakšno vlogo ima medicinska sestra pri odločitvi za vključitev v delavnice CINDI.

Hipoteze

Na osnovi pregleda literature smo postavili hipoteze:

1. Najpomembnejši motivacijski dejavnik, ki prispeva k odločitvi posameznika, da se vključi v delavnice CINDI, so zdravstveni delavci.
2. Zdravnik in medicinska sestra sta enako pomembna motivatorja.
3. Motivacijski dejavniki, ki prispevajo, da se posameznik vključi v delavnice CINDI, so odvisni od spola, starosti in socialnega statusa.
4. Motivacijski dejavniki se razlikujejo glede na zdravstveno stanje populacije, in sicer so pri zdravi populaciji v ospredju zunanji motivacijski dejavniki, pri že bolnih pa notranji motivacijski dejavniki.

Metode

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda dela. Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik smo povzeli po dveh tujih raziskavah. Teeri et al. (2008) opisujejo in primerjajo motivacijske dejavnike in jih razdelijo na motivacijske dejavnike, ki prihajajo iz posameznika, in motivacijske dejavnike, ki prihajajo iz okolja. Downes (2008) ugotavlja motivacijske dejavnike za zdravstveno vzgojo in spremembo življenjskega sloga. Anketni vprašalnik je razdeljen na dva dela. V prvem delu smo opredelili demografske podatke; spol, starost, izobrazba, socialni status in prisotnost kronične bolezni. Dodali smo vprašanje, kdo je v največji meri prispeval k odločitvi, da so se vključili v delavnico CINDI. Drugi del anketnega vprašalnika je predstavljal nabor motivov. V raziskavi, ki jo navaja Downes (2008) so motivacijske dejavnike in motivacijske ovire ugotavljali na podlagi štirinajst vprašanj, do katerih so se vprašani opredelili po Likertovi lestvici. Iz rezultatov so določili lestvico pomembnosti za posamezen motivacijski dejavnik.

V naši raziskavi smo vprašanja povzeli po prej omenjeni raziskavi (Downes, 2008). Vprašanja smo prilagodili in dodali nova. Motivacijske dejavnike, ki so bili na anketnem vprašalniku v obliki trditev, so

anketiranci ocenjevali z ocenami od 1 do 5, kjer je 1 pomenilo »sploh se ne strinjam«, 2 »se ne strinjam«, 3 »neodločen/a«, 4 »se strinjam« in 5 »močno se strinjam«. Vprašalnik je vseboval osemnajst trditev za posamezne motivacijske dejavnike, od katerih sta se dve trditvi nanašali na isti motivacijski dejavnik. Na koncu je bilo z vprašanji opredeljenih sedemnajst motivacijskih dejavnikov.

Notranji motivi, ki so jih opredeljevala vprašanja na lestvici stališč, so bili: želja po pridobitvi novega znanja pri skrbi za lastno zdravje; veselje do učenja; potreba po spremembi slabih navad; pričakovanje odgovorov na posameznikova vprašanja; udeležba kot izziv za posameznika; zdravje kot vrednota; želja po samostojnosti pri skrbi za lastno zdravje; zaupanje zdravstvenim delavcem; poznavanje dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih obolenj.

Zunanji motivi, ki so jih opredeljevala vprašanja na lestvici stališč, so bili: pozitivni odzivi tistih, ki so se delavnic udeležili; plakati in zloženke; delo v skupini; nova poznanstva ljudi s podobnimi težavami; brezplačnost delavnic za udeležence; pri udeležencu ni bilo časovne ovire – pomanjkanja časa; ugodnost časa, v katerem je potekala delavnica; zdravstveni delavci kot motivatorji.

Na koncu vprašalnika je bila podana možnost odprtih odgovorov s povabilom, da podajo svoje mnenje, pripombe, predloge. Anketni vprašalnik je bil anonimen, podatki pa so bili uporabljeni izključno za namen raziskave. Vsi prejemniki vprašalnika so bili s tem seznanjeni, saj je bila informacija o anonimnosti podana v uvodu vprašalnika.

Veljavnost anketnega vprašalnika ni bila testirana, ker je bil povzet po literaturi. Za potrjevanje zanesljivosti vprašalnika smo izračunali koeficient Cronbach alfa, ki je znašal 0,80. Dodatno je bilo skupaj s sedemnajstimi trditvami vključeno redundantno vprašanje: »Pričakoval/a sem, da se bom naučil/a nekaj novega, kar mi bo koristilo pri skrbi za zdravje.« Koeficient Cronbach alfa z izvornim vprašanjem »Želel/a sem pridobiti novo znanje o skrbi za lastno zdravje« je znašal 0,72. Objektivnost in občutljivost vprašalnika je bila določena s tem, da je bilo samo eno vprašanje odprtega tipa, vsa ostala pa niso dopuščala odprtih odgovorov. Vprašalnika pilotno nismo testirali.

Opis vzorca

Vzorec anketirancev je bil namenski, določili smo ga tako, da smo anketne vprašalnike poslali vsem, ki so se v letu 2008 in 2009 udeležili daljših zdravstvenovzgojnih delavnic (zdrava prehrana, telesna dejavnost, zdravo hujšanje, opuščanje kajenja) v zdravstvenovzgojnem centru Zdravstvenega doma Radovljica. Poslanih je bilo 118 anketnih vprašalnikov, vrnjenih jih je bilo 61, kar predstavlja 51,7% realizacijo vzorca. En anketni vprašalnik smo izločili kot neveljaven, ker je manjkala

večina odgovorov. 32 % anketirancev je bilo moških, 68 % je bilo žensk. Vzorec anketirancev je zajel različne starostne skupine, največji delež, kar 43 % vseh, je bilo v starostni skupini 56–65 let, 27 % jih je bilo starih več kot 65 let, 25 % jih je bilo v starostni skupini 46–55 let in samo 5 % je bilo starih 35–45 let. Po izobrazbi je bilo 43 % anketiranih s poklicno in prav tako 43 % s srednješolsko izobrazbo, 14 % jih je imelo visokošolsko izobrazbo, nihče izmed anketirancev ni imel univerzitetne izobrazbe. 73 % anketiranih je bilo že upokojenih, 27 % jih je bilo še službeno aktivnih. Na vprašanje, ali imajo kronično bolezen, je 39 % vprašanih pritrnilo in 61 % anketirancev zanikalo.

Potek raziskave

Anketni vprašalniki so bili poslani po pošti 15. decembra 2009 s priloženim pismom in z znamko za vračilo. Zbiranje anketnih vprašalnikov je potekalo en mesec, tj. do 15. januarja 2010. Vprašalnikov, vrnjenih po tem datumu, nismo več upoštevali. Čeprav smo vprašalnike poslali v decembru, smo v raziskavo zajeli vse udeležence delavnic CINDI v letu 2009, saj decembra ni bilo več novih udeležencev.

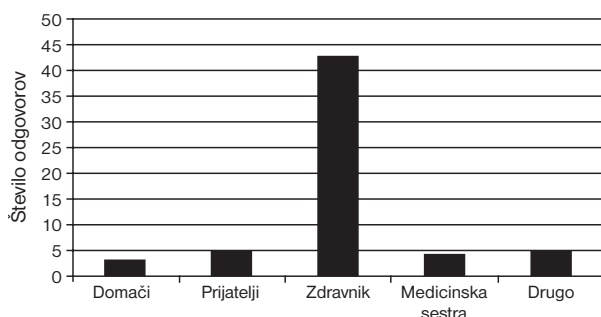
Opis obdelave podatkov

Analizo anketnega vprašalnika smo naredili s statističnim programom SPSS, verzija 15.0, p-vrednost < 0,05 je pomenila statistično pomembnost. Za ugotavljanje vpliva demografskih podatkov na motivacijske dejavnike za vključitev v delavnice CINDI smo uporabili t-test in analizo variance (ANOVA). Ocena motivacijskih dejavnikov je podana na podlagi povprečne vrednosti in standardnega odklona (PV/SO). S testom hi-kvadrat je izračunano odstopanje dobljenih rezultatov od splošnega pričakovanja, da medicinske sestre in zdravniki enakovredno motivirajo za udeležbo na delavnicah CINDI. Zadnje odprto vprašanje, kjer so anketiranci izrazili svoje mnenje, pripombe in predloge, smo obdelali s kvalitativno analizo odgovorov, tj. z metodo kodiranja.

Rezultati

Rezultati odgovorov anketiranih na vprašanje »Čigav nasvet in priporočilo je v največji meri prispevalo, da so se vključili v delavnico CINDI?« so prikazani na Sliki 1. Slika prikazuje število odgovorov za posamezno kategorijo.

Rezultati so pokazali, da je zdravnik v skoraj treh četrtinah prispeval s svojimi nasveti in spodbudami, da so se anketirani odločili za vključitev v delavnice CINDI, diplomirane medicinske sestre so v manjšini. Hipotetično se je predvidevalo, da bo to razmerje dokaj enakovredno (1 : 1). Test hi-kvadrat je pokazal statistič-



Slika 1. Odgovori anketiranih na vprašanje »Čigav nasvet je v največji meri prispeval k odločitvi, da se vključijo v delavnico CINDI?«

Figure 1. Respondents' answers regarding the motivators to participate in the CINDI workshop.

no značilne razlike med obema poklicnima skupinama ($p < 0,001$). Medicinska sestra statistično pomembno zaostaja v vlogi motivatorke za delavnice CINDI.

Pri vsakem anketirancu smo ocene posameznih motivacijskih dejavnikov sešteli in delili s številom seštetihih motivacijskih dejavnikov. S tem postopkom smo tvorili tri nove spremenljivke: združeni motivacijski dejavniki, notranji motivacijski dejavniki in zunanji motivacijski dejavniki. Spremenljivka združeni motivacijski dejavniki predstavlja vseh sedemnajst obravnavanih dejavnikov. Razpredelnica 1 prikazuje najmanjšo in največjo vrednost za posamezen motivacijski dejavnik, povprečno vrednost in standardni odklon.

Na podlagi povprečne vrednosti smo oblikovali lestvico pomembnosti posameznega motivacijskega dejavnika. Na sliki 2 prikazujemo lestvico pomembnosti motivacijskih dejavnikov, kot so jih ocenili anketiranci.

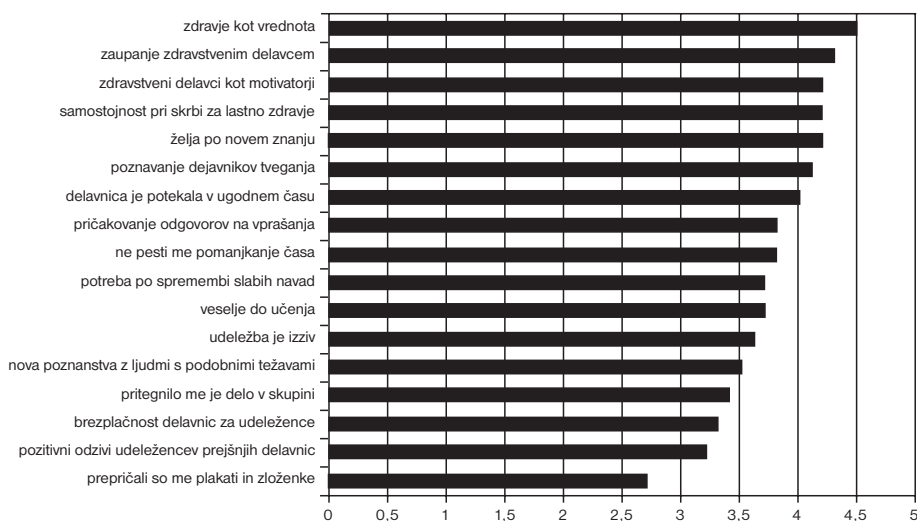
Pri notranjih motivacijskih dejavnikih je najvišje uvrščeno zdravje kot vrednota (PV = 4,5), na drugem mestu zaupanje zdravstvenim delavcem (PV = 4,3) in na tretjem mestu želja po pridobitvi novega znanja pri skrbi za lastno zdravje (PV = 4,2). Pri zunanjih motivacijskih dejavnikih so najvišje uvrščeni zdravstveni delavci kot motivatorji (PV = 4,2), na drugem mestu pomembnosti je bil odgovor, da so delavnice potekale v za udeležence ugodnem času (PV = 4,0), in na tretjem, da za udeležbo na delavnicah CINDI niso imeli časovnih ovir – ni bilo pomanjkanja časa (PV = 3,8).

Rezultati so pokazali, da se združeni motivacijski dejavniki med anketiranimi statistično pomembno ne razlikujejo. Ženske so izrazile višjo stopnjo motivacije

Razpredelnica 1. Opisna statistika motivacijskih dejavnikov.

Table 1. Descriptive statistics of motivational factors.

	Mini-mum	Maksi-mum	PV/SO
Združeni dejavniki			3,8/0,5
Notranji dejavniki			4,0/0,5
– zdravje kot vrednota	1,0	5,0	4,5/0,7
– zaupanje zdravstvenim delavcem	3,0	5,0	4,3/0,6
– želja po pridobitvi novega znanja pri skrbi za lastno zdravje	2,0	5,0	4,2/0,6
– samostojnost pri skrbi za lastno zdravje	1,0	5,0	4,2/0,9
– poznavanje dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih obolenj	1,0	5,0	4,1/0,9
– pričakovanje odgovorov na posameznikova vprašanja	2,0	5,0	3,8/0,8
– veselje do učenja	2,0	5,0	3,7/0,9
– potreba po spremembi slabih navad	1,0	5,0	3,7/1,0
– udeležba je predstavljala posamezniku izziv	1,0	5,0	3,6/1,0
Zunanji dejavniki			3,5/0,6
– za udeležbo so me motivirali zdravstveni delavci	1,0	5,0	4,2/0,9
– delavnica je potekala v ugodnem času	1,0	5,0	4,0/0,8
– ne pesti me pomanjkanje časa	1,0	5,0	3,8/1,1
– nova poznanstva ljudi s podobnimi težavami	1,0	5,0	3,5/1,1
– pritegnilo me je delo v skupini	1,0	5,0	3,4/1,1
– brezplačnost delavnic za udeležence	1,0	5,0	3,3/1,2
– pozitivni odzivi tistih, ki so se delavnic že udeležili	1,0	5,0	3,2/1,0
– prepričali so me plakati in zloženke	1,0	5,0	2,7/0,9



Slika 2. Lestvica pomembnosti združenih motivacijskih dejavnikov.

Figure 2. A table of significant compound motivational factors.

za udeležbo na delavnicah CINDI (PV = 3,9, SO = 0,4) kot moški (PV = 3,7, SO = 0,6), vendar po rezultatih t-testa razlika med spoloma ni bila statistično pomembna ($t = -1,553$, $p = 0,126$).

Rezultati analize ANOVA so pokazali, da tudi med starostnimi skupinami udeležencev v motiviranosti ni statistično pomembne razlike ($F = 0,309$, $p = 0,819$). Razpredelnica 2 prikazuje povprečno vrednost in standardni odklon združenih motivacijskih dejavnikov po starostnih skupinah.

Razpredelnica 2. Srednje vrednosti in standardni odkloni po starostnih skupinah.

Table 2. Mean values in standard deviations in age groups.

Starostna skupina	N	PV/SO
35–45 let	3	3,7/0,9
46–55 let	15	3,8/0,5
56–65 let	25	3,9/0,4
več kot 65 let	16	3,7/0,6

Rezultati t-testa pri združenih motivacijskih dejavnikih med službeno aktivnimi in upokojenci niso pokazali statistično pomembne razlike ($t = 0,023$, $p = 0,982$). Upokojenci so izrazili enako stopnjo motivacije za udeležbo na delavnicah CINDI (PV = 3,8, SO = 0,5) kot službeno aktivni (PV = 3,8, SO = 0,5).

Primerjali smo notranje in zunanje motivacijske dejavnike zdravih in kroničnih bolnikov. V obeh primerih je razlika med aritmetičnima sredinama primerjalnih skupin majhna, tudi t-test ni pokazal statistično pomembne razlike med notranjimi ($t = -1,025$, $p = 0,313$) in zunanji motivacijskimi dejavniki ($t = 0,869$, $p = 0,389$).

Kvalitativna analiza odprtega vprašanja

Anketiranci so imeli na koncu vprašalnika možnost podati mnenja, pripombe in predloge. Vprašanje smo analizirali s kvalitativno metodo analize besedila. Iz analize lahko zaključimo, da so bili udeleženci zadovoljni z organizacijo ter vsebino. Razbrati je, da so se naučili nekaj novega. Podali so nekaj predlogov: želeli bi daljše delavnice, športne aktivnosti bi imeli organizirane na koncu delavnic, tekmovalnost med udeleženci lahko pomeni tudi večjo motiviranost samih udeležencev. Bolj všeč bi jim bilo, če bi bile skupine udeležencev starostno izenačene.

Razprava

Cilj raziskave je bil ugotoviti najpomembnejše motivacijske dejavnike, ki prispevajo k odločitvi, da se posameznik vključi v zdravstvenovzgojne programe oz. delavnice CINDI. S prvo hipotezo smo predpostavili, da na odločitev posameznika, da se vključi v delavnice

CINDI, kot motivatorji največ prispevajo zdravstveni delavci. Rezultati raziskave so hipotezo potrdili. Druga hipoteza, ki je predpostavljala, da sta zdravnik in medicinska sestra enako pomembna pri motiviranju posameznika, je bila ovržena. Anketirani so v zelo velikem, v skoraj tričetrtinskem deležu odgovorili, da je motivator zdravnik, za medicinsko sestro kot motivatorko se je odločilo zelo malo anketirancev.

Odgovor na vprašanje, zakaj so anketiranci v tako veliki meri v vlogi motivatorja prepoznali zdravnika, bi morda našli v dejstvu, da je vsak, ki se udeleži daljših delavnic, najprej pregledan pri osebnem zdravniku. Osebni zdravnik mu na podlagi rezultatov preventivnega pregleda svetuje udeležbo v zdravstvenovzgojnih delavnicah. Rezultat nas je presenetil, saj se medicinske sestre pogosto trudijo z informiranjem o zdravstvenovzgojnih delavnicah in poskušajo s pogovori motivirati posameznika, da se vključi. Rezultati kažejo, da je za medicinske sestre pri motiviranju za zdravstveno vzgojo še veliko neizkoriščenih možnosti, ki bi lahko pomembno prispevale k uresničevanju politike krepitve promocije zdravja med zdravim in ogroženim prebivalstvom. Burgess (2005, cit. po Skela Savič, 2010) pravi, da mora razvoj zaposlenih v zdravstvu zajemati usposabljanje za nove kompetence, na kompetencah temelječe učenje in usposabljanje. V Veliki Britaniji diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji že od leta 1992 naprej prevzemajo dela in naloge na področjih, kot so promocija zdravja, izvajanje zdravstvenega skrininga, pregledov »follow-up« po končanem zdravljenju, zdravstveno svetovanje, intervencije v skladu s smernicami zdravljenja, vodenje bolnikov s kroničnimi boleznimi (Dubois, Singh, 2009).

Motivacijski dejavniki glede na spol, starost in socialni status se v izvedeni raziskavi niso statistično pomembno razlikovali. Tretja hipoteza tako ni bila potrjena. Le ženske so združenim motivacijskim dejavnikom pripisale nekoliko večjo povprečno vrednost kot moški. Žalar (2009) pravi, da je pomembno upoštevati ugotovitve o znanju prebivalcev. Ženske bolje poznajo dejavnike tveganja, seznanjenost z njimi raste tudi s stopnjo izobrazbe. V naši raziskavi se nam zastavi vprašanje, ali višje izobraženi bolje poznajo dejavnike tveganja. Po prikazu rezultatov so se le-ti v Programe za zdravje – delavnice CINDI, vključevali v majhnem številu.

Tudi četrta hipoteza ni bila potrjena. Predpostavili smo, da so pri posameznikih, ki so zboleli za kronično boleznijo, v ospredju notranji motivacijski dejavniki, pri zdravih pa da prevladujejo zunanji. Zunanje motivacijske dejavnike so zdravi ocenili z nekoliko višjo povprečno vrednostjo, kronični bolniki pa so večjo povprečno vrednost namenili notranjim motivacijskim dejavnikom, statistično pomembne razlike med njimi pa nismo našli.

V raziskavi smo določili lestvico pomembnosti motivacijskega dejavnika, kot so ga ocenili anketiranci. Notranji motivacijski dejavniki so na splošno dobili

višje ocene pomembnosti, motivacijski dejavniki, ki motivirajo posameznika iz okolja, so bili na lestvici uvrščeni nižje. Iz tega izhaja, da je pri odločitvi pomembnejši posameznik sam in ne dejavniki, ki motivirajo od zunaj.

Tudi tuja raziskava (Downes, 2008) je pokazala podobne rezultate. Najbolje je bil ocenjen motivacijski dejavnik »želja po zdravju«, na drugem mestu je bilo »daljše življenje«, na tretjem mestu »želja dobro zase«. Ugotavljajo prepletanje notranjih in zunanjih dejavnikov, ko posameznik samostojno proučuje in išče bolj zdrav način življenja. Pri tem je po eni strani pripravljen sam prevzeti odgovornost, po drugi strani pa išče podporo in nadzor nad njegovimi dejavniki tveganja pri zdravstvenih delavcih. Človek sam in njegove vrednote in pogledi na svet so tisti, ki so pomembnejši pri njegovih odločitvah. Žalar (2009) pravi, da se notranja stališča in vrednote vsekakor oblikujejo na podlagi znanja. Strokovnjaki poudarjajo, da znanje populacije o zdravem življenjskem slogu lahko vpliva na zmanjšanje pogostosti bolezni srca in žilja (Becker et al., 2001). Žalar (2009) nadalje ugotavlja, da je za motiviranost populacije za zdrav življenjski slog bolj pomembna informiranost. Poudarja, da to ni le kopičenje znanja, ampak aktivna graditev osebnega smisla ob samostojnem kritičnem razmišljanju in uporaba pridobljenega znanja v vsakdanjem življenju.

Najslabše so bili kot motivacijski dejavnik ocenjeni plakati in zloženke, vendar prav z njimi skušamo informirati in motivirati največ ljudi. To morda kaže na premajhno izkoriščenost teh medijev.

Rezultat naše raziskave se ne ujema z raziskavo Žalar (2008), ki nakazuje pozitiven učinek zdravstvene vzgoje z uporabo zdravstvenovzgojnega gradiva, še zlasti pri delno motiviranih kadilcih. Kar 70 % tistih, ki so bili pri obravnavi delno motivirani, ter četrtnina neodločenih se je za opuščanje kajenja odločila kasneje, ko so doma prebrali zdravstvenovzgojno gradivo (Žalar, 2008). Ta raziskava je bila narejena samo na vzorcu kadilcev, naša pa je zajela udeležence vseh daljših delavnic CINDI. Razlago drugačne vloge zdravstvenovzgojnega gradiva morebiti lahko najdemo v drugačnem vzorcu anketirancev (kadilci, nekadilci, izobrazbena struktura), v neustreznosti zdravstvenovzgojnega gradiva, vendar je to le naša hipoteza, ki bi jo morali še dokazati.

Rezultati naše raziskave kažejo, da je dve tretjini udeležencev starejših od 56 let in kar tri četrtine vprašanih je že upokojenih. V delavnicah je bila udeležena mlajša, aktivna, še zaposlena populacija v majhnem številu. In prav to je populacija, ki bi že morala skrbeti za zdrav življenjski slog, a jo programi zdravstvene vzgoje dosežejo v zelo majhnem deležu. Za učinkovito preprečevanje nastanka bolezni je namreč potrebno delovati v čim zgodnejšem življenjskem obdobju (Zaletel Kragelj, Maučec Zakotnik, Fras, 2009). Glede na rezultate raziskave bo na tem področju potrebno uvesti spremembe in poiskati poti, da bi vključili tudi mlajše

generacije. Tu se postavlja vprašanje, ali gre pri mlajših odraslih za pomanjkanje motivov (tako notranjih kot zunanjih) ali so ovire morda drugače. Morda je v ospredju pomanjkanje časa, skrb za družino in ne zase idr. Vsekakor so to odprta vprašanja, ki jih rezultati naše raziskave ponujajo za nadaljnje raziskovanje.

Izvedena raziskava je imela tudi nekaj omejitev oz. slabosti. Rezultati raziskave so pridobljeni na vzorcu šestdesetih anketirancev, kar je premajhen vzorec, da bi ugotovitve raziskave lahko posplošili. Vprašalnike smo razdelili med ali po končani udeležbi v delavnicah CINDI. Boljše bi bilo, če bi vprašalniki o motivih za vključitev v delavnico CINDI udeleženci delavnic prejeli na prvem srečanju.

Zaključek

Bolezni srca in žilja so v razvitem svetu na prvem mestu obolevnosti in umrljivosti. Program, ki ga je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija, torej program CINDI, se izvaja tudi v Sloveniji. Program je v Sloveniji oblikovan tako, da je dostopen prav vsem odraslim, za katere je ugotovljeno, da imajo katerega od dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih obolenj. Rezultati izvedene raziskave so pokazali, da so pri odločitvi za vključitev v delavnice CINDI bolj pomembni notranji motivacijski dejavniki kot motivacijski dejavniki iz okolja. Po oceni vključenih v raziskavo so pri motiviranju za vključitev v programe za zdravje pomembni zdravstveni delavci, predvsem zdravniki. V prihodnosti bo potrebno načrtovati aktivnosti, kako se s promocijo zdravega življenjskega sloga približati še aktivni populaciji in katere metode pri tem izbrati.

Literatura

1. Becker K, Fruin M, Gooding T, Tirchwell D, Love P, Mankowski T. Community-based education improves stroke knowledge. *Cerebrovasc Dis.* 2001;11(1):34-43. doi:10.1159/00047609 PMID:11173792
2. Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(4):489-500. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.11.009 PMID:17258218
3. Downes L. Motivators and barriers of a Healthy Lifestyle Scale: development and psychometric characteristics. *J Nurs Meas.* 2008;16(1):3-15. doi:10.1891/1061-3749.16.1.3 PMID:18578106
4. Dubois CA, Singh D. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Hum Resour Health.* 2009;7:87. doi:10.1186/1478-4491-7-87 PMID:20021682 PMCID:2813845
5. Fras Z, Leskošek LB. Oblikovanje, vzpostavitev in stalno delovanje »Registra oseb, ki jih ogrožajo kardio-vaskularne bolezni« v Sloveniji. In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009:27-33.

6. Fras Z, Maučec Zakotnik J. Krepitev zdravja in kakovostno izvajanje ukrepov preprečevanja bolezni srca in žilja – naše prvenstvo, prioriteta in ... poslanstvo? In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventivne srčno-žilnih bolezni 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009a:7–8.
7. Fras Z, Maučec Zakotnik J, Govc Eržen J, Luznar N, Leskošek B. Nacionalni program primarne preventivne srčno-žilnih bolezni – zgodba o uspehu? In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventivne srčno-žilnih bolezni 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009:13–26.
8. Homan G, Norman RJ. Couples perception regarding how might affect fertility: results of a pilot study. *Aust J Adv Nurs*. 2009;26(4):77–86. Dostopno na: http://www.ajan.com.au/Vol26/26-4_Homan.pdf (26. 2. 2011).
9. Jallinoja P, Pajari P, Absetz P. Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scand J Caring Sci*. 2008;22(3):455–62. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00551.x PMID:18840229
10. Khare MM, Huber R, Carpenter RA, Balmer PW, Bates NJ, Nolen KN, et al. A lifestyle approach to reducing cardiovascular risk factors in underserved women: design and methods of the Illinois WISE-WOMAN Program. *J Womens Health* 2009;18(3):409–19. doi:10.1089/jwh.2008.0911 PMID:19281324
11. Lefler LL. Perceived cardiac risk among older, high-risk black and white women. *J Nurs Res*. 2009;9(3):1–7. Dostopno na: http://snrs.org/publications/SOJNR_articles2/Vol09Num03Art03.pdf (25. 2. 2011).
12. Luznar N. Programirana zdravstvena vzgoja za odrasle: Program svetovanja za zdravje in delovanje zdravstveno vzgojnih centrov (2002–2008) In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventivne srčno-žilnih bolezni 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009:44–53.
13. Luznar N. Zdravstvena nega v izvajanju preventivne v osnovnem zdravstvenem varstvu. *Obzor Zdr N*. 2002;36(4):219–23.
14. Marquardt P, Vezeau T. Motivational interviewing: the link between healthy choices and healthy patients. *Am J Nurse Pract*. 2007;11(8):21–4, 27–31.
15. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije št. 19/1998.
16. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije št. 67/2001.
17. Scholz U, Nagy G, Schuz B, Ziegelmann JP. The role of motivational and volitional factors for self-regulated running training: associations on the between- and within- person level. *Br J Soc Psychol*. 2008;47(3):421–39. doi:10.1348/014466607X266606 PMID:18096109
18. Skela Savič B. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzor Zdr N*. 2009;43(3):209–22.
19. Skela Savič B. Razvoj zdravstvene nege v Sloveniji za potrebe družbe v prihodnosti. In: Pajnikihar M, Pirš K, Harim M, Dornik B. Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego: zbornik predavanj 1. mednarodna znanstvena konferenca društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, Maribor, 3. in 4. junij 2010 Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2010:111–7.
20. Teeri S, Välimäki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Maintenance of patients' integrity in long-term institutional care. *Nurs Ethics*. 2008;15(4):523–35. doi:10.1177/0969733008090523 PMID:18515441
21. Vincent D. Culturally tailored education to promote lifestyle change in Mexican Americans with type 2 diabetes. *J Am Acad Nurse Pract*. 2009; 21(9):520–7. doi:10.1111/j.1745-7599.2009.00439.x PMID:19845810
22. Zaletel Kragelj L, Maučec Zakotnik J, Fras Z. Spremljanje stanja na področju nekaterih kroničnih bolezni ter dejavnikov tveganja zanje pri odraslih prebivalcih Slovenije po metodologiji Country-wide integrated non-communicable diseases intervention (CINDI) Svetovne zdravstvene organizacije. In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventivne srčno-žilnih bolezni 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009:116–20.
23. Žalar A. Analiza zdravstvenovzgojne dejavnosti za opuščanje kajenja. *Obzor Zdr N*. 2008;42(1):13–20.
24. Žalar A. Ocena seznanjenosti prebivalcev Slovenije z dejavniki tveganja nastanka bolezni srca in žilja. *Obzor Zdr N*. 2009;43(2):95–101.