

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

DIPLOMSKA NALOGA

SAMANTA MITROVIĆ

Izola, 2018

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**ZDRAVSTVENO NEGOVALNA OBRAVNAVA
PACIENTA Z ARTERIJSKO HIPERTENZIJO V
AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE**

**NURSING MANAGEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN
FAMILY PRACTICE**

Študentka: SAMANTA MITROVIĆ

Mentorica: mag. TAMARA ŠTEMBERGER KOLNIK

Študijski program: visokošolski strokovni študijski program

Študijska smer: Zdravstvena nega

Izola, 2018

ZAHVALA

Zahvaliti se želim vsem, ki so mi pomagali na moji poti do diplome.

Najprej bi se zahvalila mentorici mag. Tamari Štemberger Kolnik, dipl. m. s., za sprejem mentorstva in nadaljnjo pomoč pri izdelavi diplomske naloge.

Največja zahvala gre moji družini in partnerju, ki so me podpirali in verjeli vame. Hvala vam za potrpežljivost, vzpodbudo in ljubezen.

Posebna zahvala pa gre prim. Darinki Klančar, spec. druž. med., ki mi je stala ob strani v najtežjih trenutkih, ko sem že skoraj obupala.

IZJAVA O AVTORSTVU IN SOGLASJE ZA OBJAVO NALOGE

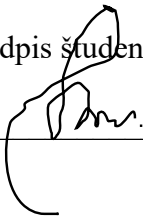
Spodaj podpisana Samanta Mitrović izjavljam, da je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;

- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatstvo po Zakonu o avtorski in sorodnih pravicah (Uradni list RS št. 16/2007, v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

Soglašam z objavo elektronske različice diplomske naloge v Repozitoriju UP ter zagotavljam, da je elektronska oblika predložene naloge identična tiskani različici.

V Izoli, dne 11.11.2018

Podpis študentke:



KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

Naslov	Zdravstveno negovalna obravnava pacienta z arterijsko hipertenzijo v ambulanti družinske medicine
Tip dela	Diplomska naloga
Avtor	MITROVIĆ, Samanta
Sekundarni avtorji	ŠTEMBERGER KOLNIK, Tamara (mentorica)/SKOČIR, Helena (recenzentka)
Institucija	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Naslov inst.	Polje 42, 6310 Izola
Leto	2018
Strani	V, 31. str, 16 pregl., 4 pril., 53 vir.
KLjučne besede	Arterijska hipertenzija, ambulanta družinske medicine, povprečna vrednost krvnega tlaka
UDK	616.12-008.331.1
Jezik besedila	Slv
Jezik povzetkov	slv/eng

Izveleček

Arterijska hipertenzija je v proučevani ambulanti družinske medicine najpogostejša kronična bolezen. Doslej še ni bilo raziskave, ki bi preverjala, kako uvedba ambulant družinske medicine in s tem vključitev diplomirane medicinske sestre v tim izboljša izid zdravstvene oskrbe. Namen naloge je zato bil preveriti urejenost krvnega tlaka v populaciji pacientov z arterijsko hipertenzijo ter ali je urejenost krvnega tlaka po uvedbi vodenja v raziskavo zajetih pacientov v okviru ambulant družinske medicine izboljšana. Želeli smo tudi preveriti zadovoljstvo pacientov z obravnavo dopolnjeno z diplomirano medicinsko sestro. Primerjava povprečnih vrednosti krvnega tlaka v populaciji pacientov, ki imajo arterijsko hipertenzijo, je pokazala, da je prišlo od leta 1999 (pred uvedbo ambulant družinske medicine) do leta 2017 (po uvedbi ambulant družinske medicine) do padca povprečnih vrednosti krvnega tlaka za 10 mmHg. To velja tako za sistolični kot tudi za diastolični krvni tlak. Pacienti so na splošno zelo zadovoljni z delom diplomirane medicinske sestre. Nekoliko nižje ocene gre opaziti le na področju zadovoljstva z reševanjem pacientovih čustvenih težav in na področju pomanjkanja časa celotnega tima ambulante družinske medicine. Menimo, da je diplomska naloga odlično izhodišče za nadaljnje raziskave, ki bi na osnovi znanstvene metodologije, temelječe na statistični metodologiji, podkrepile naše rezultate.

KEY WORDS DOCUMENTATION

Title	Nursing management of arterial hypertension in family practice
Type	Diploma work
Author	MITROVIĆ, Samanta
Secondary authors	ŠTEMBERGER KOLNIK, Tamara (supervisor)/SKOČIR, Helena (reviewer)
Institution	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
Address	Polje 42, 6310 Izola
Year	2018
Pages	V, 31 p., 16 tab., 4 ann., 53 ref.
Keywords	Arterial hypertension, family medicine, average measurements of blood pressure
UDC	616.12-008.331.1
Language	Slv
Abstract language	slv/eng

Abstract

Arterial hypertension is the most common chronic disease in the researched clinic for family medicine. Until now, there was no research that would check, how the introduction of clinics for family medicine and consequently the inclusion of the registred nurse into the team improves the outcome of health care. The purpose of the thesis was therefore to check the regulation of blood pressure in the population of patients with arterial hypertension and if the regulation of blood flow has improved after the introduction of monitoring the patients, who were part of the research within clinics for family medicine. We also wanted to check the patients satisfaction with the registred nurses treatment. The comparison of average blood pressure values in the patients population with arterial hypertension has shown a drop of average blood pressure values of 10 mmHg from the year 1999 (before the introduction of clinics for family medicine) to 2017 (after the introduction of clinics for family medicine). This goes for the systolic as well as for the diastolic blood pressure. In general, patients are very satisfied with registred nurse treatment. Lower scores have been shown in two fields. The field of satisfaction with solving the patient is emotional problems and in the field of time shortages of the entire team of the clinic for family medicine. We think that the thesis is an excellent starting point for further researches, which would support our results with the help of scientific methodology, based on statistical methodology.

KAZALO VSEBINE

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU	I
KEY WORDS DOCUMENTATION	II
KAZALO VSEBINE	III
KAZALO PREGLEDNIC	V
1 UVOD	1
1.1 Arterijska hipertenzija	2
1.1.1 Opredelitev arterijske hipertenzije	2
1.1.2 Arterijska hipertenzija kot »tihi ubijalec«	3
1.1.3 Pulzni tlak, spremembe žilne stene in krvi pri arterijski hipertenziji	4
1.1.4 Posledice nezdravljene arterijske hipertenzije	4
1.1.5 Obravnava pacienta z arterijsko hipertenzijo	5
1.2 Ambulanta družinske medicine	7
1.2.1 Predstavitev in razvoj ambulante družinske medicine	7
1.2.2 Protokol za vodenje kroničnega pacienta v ambulanti družinske medicine	8
1.2.3 Opredelitev diplomirane medicinske sestre in njene naloge	9
1.2.4 Odnos diplomirane medicinske sestre do pacienta s kronično boleznijo v ambulanti družinske medicine	10
1.2.5 Preventiva srčno-žilnih bolezni v ambulanti družinske medicine	11
1.2.6 Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta z arterijsko hipertenzijo v ambulanti družinske medicine	11
2 NAMEN, RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE	14
2.1 Namen in cilj diplomskega dela	14
2.2 Raziskovalni vprašanja	14
2.3 Hipoteze	14
3 METODE DELA IN MATERIALI	15
3.1 Raziskovalne metode	15
3.2 Raziskovalni vzorec	15
3.3 Postopki zbiranja podatkov in instrument raziskave	15
3.4 Obdelava podatkov	16
4 REZULTATI	17
4.1 Prvi del raziskave	17
4.2 Drugi del raziskave	19
5 RAZPRAVA	24

6	ZAKLJUČEK.....	27
7	VIRI.....	28

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Razvrstitev vrednosti krvnega tlaka.....	3
Preglednica 2: Stopnje tveganja za umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni v povezavi z višino krvnega tlaka	4
Preglednica 3: Struktura opredeljenih pacientov	17
Preglednica 4: Struktura pacientov z arterijsko hipertenzijo	18
Preglednica 5: Povprečna vrednost krvnega tlaka med letoma 1999 in 2017	18
Preglednica 6: Povprečne vrednosti krvnega tlaka, izmerjenega v ambulanti in v domačem okolju (2017)	19
Preglednica 7: Struktura anketirancev glede na spol	19
Preglednica 8: Struktura anketirancev glede na starost	20
Preglednica 9: Struktura anketirancev glede na stopnjo izobrazbe	20
Preglednica 10: Struktura anketirancev glede na socialni status	20
Preglednica 11: Ocena komunikacijskih veščin tima ambulante družinske medicine ...	21
Preglednica 12: Ocena zaupnosti in strokovnosti tima ambulante družinske medicine .	21
Preglednica 13: Ocena vključevanja pacienta v tim ambulante družinske medicine	22
Preglednica 14: Ocena organizacije tima ambulante družinske medicine.....	22
Preglednica 16: Ocena dela diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine.....	23

1 UVOD

Kronične bolezni v Sloveniji predstavljajo vodilni razlog smrtnosti odrasle populacije. Mednje kot najpogostejše prištevamo bolezni srca in ožilja ter rakave bolezni (Kersnik, Klemenc-Ketiš, Smogavec in Softič, 2011). Zaradi podaljševanja življenjske dobe in uspešnega nadziranja nalezljivih bolezni so največji zdravstveni problem sedanosti postale kronične nenalezljive bolezni, ki prizadevajo vse telesne sisteme in povzročajo že 60 % vseh smrti po svetu (Voljč, 2008). Rakovec-Felser (2014) opozarja na izsledke tujih raziskav, da naj bi zaradi določene kronične bolezni trpelo že kar 50 % vse svetovne populacije. Pri tem dodaja, da je razlog v veliki meri mogoče pripisati staranju prebivalstva, saj se večina kroničnih bolezni pojavlja v višjem starostnem obdobju.

Voljč (2008) navaja, da dejavniki tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni ves čas spremljajo naša življenja. Med najbolj nevarnimi dejavniki tveganja omenja zvišan krvni tlak, ki je glavni vzrok razširjenosti bolezni srca in ožilja ter posledične smrtnosti. Hkrati opozarja, da zvišan krvni tlak obremenjuje in izčrpa srce, ožilje, možgane, ledvice in druge organe, še posebej pa je nevaren v kombinaciji s sladkorno boleznijo, zvišanimi maščobami v krvi in kajenjem. Tudi Potočnik in Lorber (2012) opozarjata na problem zvišanega krvnega tlaka. Po Accetto (2011) povzemata, da ima več kot vsak drugi odrasli prebivalec Slovenije previsok krvni tlak, in dodajata, da srčno-žilne bolezni kot take predstavljajo enega od najpogostejših vzrokov za smrt.

Arterijska hipertenzija sodi med najpomembnejše in najpogostejše dejavnike tveganja za razvoj bolezni srca in ožilja (Ahčin, 2004). Ustrezna obravnava, nadzor in zdravljenje so torej nujni. Glavni cilj zdravljenja in nadzora arterijske hipertenzije je največje možno zmanjšanje obolevnosti ter umrljivosti zaradi srčno-žilnih in ledvičnih bolezni na dolgi rok (Accetto, Dobovišek, Dolenc in Salobir, 2004).

Raziskave kažejo, da ciljni krvni tlak dosega izjemno nizek delež nadzorovanih pacientov z arterijsko hipertenzijo. Leta 2001 je imelo krvni tlak pod mejo 140/90 mmHg 18 % žensk in 15 % moških. Glede na dejstvo, da se v smernicah pojavljajo vse nižje ciljne vrednosti, je kljub agresivni farmakoterapiji pričakovati še nižji delež pacientov, ki dosegajo ciljne vrednosti krvnega tlaka (Accetto, Žemva in Dolenc, 2001). Največji delež ciljnih vrednosti krvnega tlaka je imelo 27 % uspešno zdravljenih pacientov z arterijsko hipertenzijo (RR < 140/90 mmHg) v Združenih državah Amerike. Ta delež se trenutno ne izboljšuje (Coresh idr., 2001).

Številni avtorji poročajo o velikem pomenu tima zdravnika družinske medicine pri vodenju pacienta z arterijsko hipertenzijo (Petek-Šter in Švab, 2007). Arterijska hipertenzija je namreč najpogostejši razlog za obisk v ambulanti družinske medicine (Petek-Šter in Šter, 2015). Tukaj pa svojo vlogo prevzame tudi diplomirana medicinska sestra v ambulanti družinske medicine. Ta se v obravnavo takšnega pacienta vključuje na različnih področjih, in sicer na področju vzgoje pacientov za zdrav življenjski slog, posredovanja navodil za nefarmakološko zdravljenje zvišanega krvnega tlaka, ter tudi

tako, da pacienta usposobi in spodbuja k samomeritvam krvnega tlaka, ki prispevajo k izboljšanju zavzetosti za zdravljenje (Clark, Smith, Taylor in Campbell, 2010).

1.1 Arterijska hipertenzija

Mnogi avtorji so si pri navedbah enotni, da arterijska hipertenzija spada med najpogostejše kronične bolezni današnjega časa in velja za najpogostejšo kronično bolezen obtočil v sodobnem svetu (Klemenc, 2001; Željko, Trojar in Žižek, 2007; Žižek, 2007; Bedenčič, Berlot in Žižek, 2011). Večina epidemioloških študij kaže na to, da je razširjenost te bolezni v zreli dobi v Sloveniji 15–30 %, med odraslimi starejšimi (nad 40 let) pa 19 % (Bedenčič, Berlot in Žižek, 2011). Predpisovanje zdravil za zdravljenje arterijske hipertenzije, t. i. antihipertenzivnih zdravil, v Sloveniji in po svetu narašča (Ferk, Leskovšek in Pal, 2011). Ta podatek kaže na porast arterijske hipertenzije med prebivalstvom na svetovni ravni, na kar opozarjajo tudi Etehad idr. (2016). Navajajo namreč, da je zvišan krvni tlak najpomembnejši dejavnik tveganja za smrt in invalidnost po vsem svetu, ki prizadene več kot milijardo posameznikov in vsako leto povzroči približno 4,4 milijona smrtnih primerov.

1.1.1 Opredelitev arterijske hipertenzije

O arterijski hipertenziji govorimo, če je krvni tlak kronično zvišan oz. če ob več zaporednih meritvah znaša 140/90 mmHg ali več (Petek-Šter, 2012). Pri pacientih z velikim tveganjem za srčno-žilne dogodke pa je ciljni krvni tlak postavljen še nižje, in sicer pod vrednostjo 130/80 mmHg (Vukan, 2013).

Arterijska hipertenzija se lahko pojavi kot primarna (esencialna) ali kot sekundarna arterijska hipertenzija. Če se pojavi kot posledica drugega stanja, to imenujemo sekundarna arterijska hipertenzija (MacGill, 2017). Gre za redko obliko arterijske hipertenzije, saj se pojavlja le pri 5–10 % pacientov (Rimoldi, Scherrer in Messerli, 2014), pojavi pa se lahko kot posledica ledvične bolezni, renovaskularne hipertenzije, koarktacije aorte, feokromocitoma, Cushingovega sindroma, primarnega aldosteronizma, obstruktivne apneje spanja ali je povzročena z zdravili (World Anti-Doping Program, 2011). Iskanje vzroka zanjo predstavlja večji strošek oz. je v določenih primerih neuspešno (Rimoldi, Scherrer in Messerli, 2014, str. 1245). Zvišan krvni tlak, ki ga ne povzroči neko drugo stanje ali bolezen, se imenuje primarna ali esencialna arterijska hipertenzija. Ta se pojavi pri 90–95 % pacientih (Petek Šter, 2012) in velja kot najpogostejša oblika arterijske hipertenzije (Žižek, 2007).

Preglednica 1 prikazuje vrednosti optimalnega, normalnega in visoko normalnega sistoličnega ter diastoličnega krvnega tlaka ter vrednosti blage, zmerne, hude in izolirane sistolične arterijske hipertenzije.

Preglednica 1: Razvrstitev vrednosti krvnega tlaka (Mancia idr., 2013, str. 1286).

Razvrstitev krvnega tlaka	Sistolični (mmHg)	Diastolični (mmHg)
Optimalen krvni tlak	<120	<80
Normalen krvni tlak	120–129	80–84
Visoko normalen krvni tlak	130–139	85–89
Arterijska hipertenzija razred 1 (blaga)	140–159	90–99
Arterijska hipertenzija razred 2 (zmerna)	160–179	100–109
Arterijska hipertenzija razred 3 (huda)	≥180	≥110
Izolirana sistolična arterijska hipertenzija	≥140	<90

Accetto, Dobovišek, Dolenc in Salobir (2004) opozarjajo, da je za krvni tlak značilna velika spremenljivost tekom dneva in med dnevi, zato je bi morala biti diagnoza arterijske hipertenzije podprta z več meritvami v različnih okoliščinah. Avtorji dodajajo, da bi morali, če je krvni tlak le rahlo zvišan, meritve ponavljati več mesecev (zaradi t. i. regresije k normalnim vrednostim). V primeru, da je krvni tlak izraziteje povišan, pri čemer so ugotovljene tudi posledice arterijske hipertenzije na tarčnih organih oz. je prisotno veliko ali zelo veliko tveganje za srčno-žilne zaplete, je treba izvajati ponovne meritve krvnega tlaka v krajšem času, v nekaj tednih ali dnevih.

1.1.2 Arterijska hipertenzija kot »tih ubijalec«

Ahčin (2004) opozarja, da je arterijska hipertenzija bolezen, ki nima simptomov, zaradi česar so pacienti z arterijsko hipertenzijo manj zavzeti za zdravljenje. Dolenc (2008) dodaja, da arterijski hipertenziji rečemo tudi »tih ubijalec«, saj lahko poteka povsem brez bolezenskih znakov ali pa so ti blagi, neznačilni. Mancia idr. (2013) zato poudarjajo, da mnogi pacienti niti ne vedo, da jo imajo. To bolezen lahko natančno ugotovimo le ob redni kontroli krvnega tlaka. Ahčin (2004) meni, da lahko pri tem veliko pripomore zdravstvena vzgoja, saj pacienti dobijo »občutek«, da je njihova bolezen resna.

Velja poudariti, da so pri zvišanem krvnem tlaku precejšnje razlike med tveganji za zdravje. Tako so zraven zvišanega tlaka pomembni tudi drugi dejavniki, ki skupaj z zvišanim krvnim tlakom pomenijo različna tveganja za zdravje. Preglednica 2 predstavlja višino tveganja glede na višino krvnega tlaka. Prikazuje nizko, zmerno, visoko in zelo visoko tveganje, ki se nanaša na desetletno obdobje tveganja za umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni.

Preglednica 2: Stopnje tveganja za umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni v povezavi z višino krvnega tlaka (Mancia idr., 2013, str. 1287).

Drugi dejavniki tveganja	Razvrstitev višine krvnega tlaka (mmHg)			
	Sistolični 130–139 Diastolični 85–89	Sistolični 140–159 Diastolični 90–99	Sistolični 160–179 Diastolični 110–109	Sistolični ≥180 Diastolični ≥110
Brez dejavnikov tveganja		Nizko tveganje	Zmerno tveganje	Visoko tveganje
1–2 dejavnika tveganja	Nizko tveganje	Zmerno tveganje	Zmerno do visoko tveganje	Visoko tveganje
≥3 dejavniki tveganja	Nizko do zmerno tveganje	Zmerno do visoko tveganje	Visoko tveganje	Visoko tveganje
Poškodba organov, kronična bolezen ledvic 3. faze ali sladkorna bolezen	Zmerno do visoko tveganje	Visoko tveganje	Visoko tveganje	Visoko do zelo visoko tveganje
Srčno-žilne bolezni, kronične ledvične bolezni 4. stopnje ali več, sladkorna bolezen s poškodbo organov	Zelo visoko tveganje	Zelo visoko tveganje	Zelo visoko tveganje	Zelo visoko tveganje

1.1.3 Pulzni tlak, spremembe žilne stene in krvi pri arterijski hipertenziji

Pulzni tlak je razlika med sistoličnim in diastoličnim krvnim tlakom. Kot tak je tudi pulzni tlak pomemben pri pacientih z arterijsko hipertenzijo. Povečan pulzni tlak namreč kaže na tveganja za bolezni srca in ožilja, predvsem za miokardni infarkt, srčno popuščanje in smrt (Drinovec, Ferk, Leskošek, Pajntar in Pal, 2011). Avtorji so v svoji raziskavi ugotovili, da je pulzni tlak pri slovenskih pacientih z arterijsko hipertenzijo odvisen tako od spola kot od starosti pacienta, na osnovi česar opominjajo na pomen upoštevanja pulznega tlaka pri načrtovanju antihipertenzivnega zdravljenja.

1.1.4 Posledice nezdravljene arterijske hipertenzije

Arterijska hipertenzija ima za posledico mnoge druge zdravstvene težave, ki lahko vodijo do resnih zapletov. Tako poveča tveganje za mnoge srčno-žilne bolezni, kot so možganska kap, koronarna bolezen, srčno popuščanje, ledvična in periferna žilna bolezen (Dolenc, 2008). Poleg tega je tudi pomemben dejavnik tveganja za aterosklerozo, saj imajo pacienti z arterijsko hipertenzijo poleg zvišanega krvnega tlaka še veliko drugih dejavnikov tveganja, saj je zvišan krvni tlak del presnovno endokrinega sindroma in so zato ti pacienti toliko bolj ogroženi (Eržen in Gradišek, 1996).

Pri pacientih z arterijsko hipertenzijo se pojavijo tudi spremembe žilne stene. Gričar (2009) navaja, da zvišan krvni tlak sicer na začetku ne povzroča nujno subjektivnih težav, povzroča pa škodo v žilni steni, ki je bolj obremenjena oziroma napeta. Tako se poslabša delovanje tanke notranje gladke žilne ovojnice, ki jo sestavlja le ena plast

celic, imenovana endotelij, v žilni steni nastane vnetje in vanjo začnejo prodirati delci holesterola ter druge škodljive snovi. V žilni steni se začnejo tvoriti zadebelitve oz. maščobne lehe in kasneje plaki, ki lahko začnejo ožiti svetlino žile ter ovirati pretok krvi. Zaradi napredujočih bolezenskih sprememb v žilni steni se tudi mišična plast v njej ne more več učinkovito sprostiti in ostaja preveč skrčena. To pa onemogoča ali otežuje znižanje krvnega tlaka in se začne ateroskleroza, ki je počasen, kroničen in napredujoč vnetni proces v steni arterij po telesu. Če plak v žilni steni počni, tam nastane strdek, ki lahko zapre žilo in popolnoma onemogoči pretok krvi v določen organ ali njegov del. Če se to zgodi v koronarni arteriji, pride do srčnega infarkta, če se zgodi v možganski arteriji, pa pride do možganske kapi. To sta zelo huda srčno-žilna zapleta, saj velja, da je srčni infarkt najpogostejši vzrok smrti, možganska kap pa drugi najpogostejši vzrok in prvi vzrok invalidnosti v razvitih državah.

Dolenc (2008) torej opozarja, da se z nezdravljenjem ali slabim zdravljenjem arterijske hipertenzije poveča tveganje za mnoge srčno-žilne bolezni.

1.1.5 Obravnava pacienta z arterijsko hipertenzijo

Obravnava pacientov z arterijsko hipertenzijo obsega 5 stopenj oz. dejavnosti (Petek-Šter, 2012):

1. Postavitev diagnoze

Diagnozo arterijske hipertenzije je mogoče postaviti, če je praviloma ob treh obiskih v ambulanti krvni tlak enak ali višji od 140/90 mmHg. Diagnozo postavi zdravnik. Pri tem si je mogoče pomagati tudi s samomeritvami krvnega tlaka, včasih pa tudi s 24-urnim neinvazivnim merjenjem krvnega tlaka. Meritve krvnega tlaka izvaja medicinska sestra.

2. Osnovne preiskave

Pri osnovnih preiskavah pacienta gre za pregled pacienta. Takšen pregled vsebuje: anamnezo, klinični pregled s poudarkom na pregledu srčno-žilnega sistema ter laboratorijske preiskave in elektrokardiogram (EKG). Te preiskave izvaja zdravnik. Med laboratorijskimi preiskavami so osnovne naslednje: hemogram, krvni sladkor, skupni holesterol, holesterol nizke gostote (LD), holesterol visoke gostote (HDL), trigliceridi, sečna kislina, kreatinin, izračun klirensa kreatinina po formuli, kalij, urin. Laboratorijske preiskave izvaja medicinska sestra.

3. Ocena celokupnega srčno-žilnega tveganja

Pred odločitvijo za nadaljnje postopke zdravljenja je treba pri vsakem pacientu posebej določiti celokupno srčno-žilno tveganje, ki je odvisno od višine krvnega tlaka, dodatnih dejavnikov tveganja (sladkorna bolezen ali motnja v metabolizmu krvnega sladkorja, povišan holesterol, kajenje, družinska obremenjenost z boleznimi srca in ožilja) ali že

prisotnih okvar organov zaradi arterijske hipertenzije oz. že prisotne srčno-žilne bolezni (ishemična bolezen srca, možgansko-žilna ali periferno-žilna bolezen). To opravi zdravnik.

4. Cilji zdravljenja zvišanega krvnega tlaka

Cilj takšnega zdravljenja je čim večje zmanjšanje srčno-žilnega tveganja, kar je mogoče doseči z nadzorom krvnega tlaka ter drugih dejavnikov tveganja za nastanek bolezni srca in žilja. Takšen nadzor opravlja oz. pri njem sodeluje medicinska sestra, ki opravlja meritve krvnega tlaka.

5. Zdravljenje

Zdravljenje brez zdravil (t. i. nefarmakološko zdravljenje) velja kot osnovni ukrep pri vseh pacientih z arterijsko hipertenzijo in poleg splošnih ukrepov za izboljšanje življenjskega sloga obsega: normalizacijo ali vsaj 10 % zmanjšanje telesne teže pri predebelih oziroma ohranjanje telesne teže pri normalno prehranjenih, manj tvegano pitje alkohola (do 1 merice = 10 g čistega alkohola dnevno), redno telesno dejavnost (vsak dan po vsaj 30 minut), zmanjšanje vnosa soli (do 6 g (čajna žlička) na dan), hrano z dovolj sadja in zelenjave in manj (nasičenimi) maščobami ter DASH dieto (angl. *dietary approaches to stop hypertension*).

S takšnimi ukrepi se lahko brez uporabe zdravil uravna oz. zniža krvni tlak (Vukan, 2013). Potrebno je tudi zdravljenje z zdravili, ki ga je treba uvesti čim prej, če je celokupno srčno-žilno tveganje pri pacientu veliko (20–40 %) ali zelo veliko (nad 40 %). Farmakološko zdravljenje ni tako nujno pri pacientih z majhnim ali zmernim tveganjem. Pri takšnih pacientih je mogoče čakati na učinke spremenjenega življenjskega sloga do nekaj mesecev; šele nato se uvede zdravljenje z zdravili, če se ne doseže ciljnih vrednosti krvnega tlaka.

S samomeritvami krvnega tlaka lahko precej pripomoremo k boljši obravnavi pacientove bolezni (Dolenc, 2008). Zaradi tega je potrebna splošna ozaveščenost o arterijski hipertenziji. Merjenje krvnega tlaka ni zapleten postopek, a zahteva natančnost – pomembna je natančnost merilnika, uporabnika, ki si meri krvni tlak, in tudi zdravstvenega osebja, ki ocenjuje meritve in pacienta ustrezno obravnava (Dolenc, 2008). Kregelj (2015) poudarja pomen samonadzora pacienta in sodelovanja pri zdravljenju. Navaja namreč, da če pacient s kronično boleznijo uspe nadzorovati simptome svoje bolezni in vsakdanje režime, lahko poveča sposobnosti in bolezen zelo uspešno obvladuje. S tem, ko obvladuje svoje življenje, doživi celo boljšo kakovost življenja kot pred boleznijo, za kar je potrebna seznanjenost pacienta s svojo boleznijo in s tem, kako izvajati samonadzor ter kako poteka zdravljenje. Bolj kot so pacienti seznanjeni z možnostmi zdravljenja, bolj varne se počutijo ob sprejemanju odločitev v zvezi s svojo boleznijo. Kregelj (2015) nadaljuje, da je informiranost o bolezni izjemno pomemben dejavnik, ki vpliva na splošno zadovoljstvo pacientov, ter dodaja ugotovitve

raziskave, ki kažejo, da so informirani in izobraženi pacienti pokazali večje zadovoljstvo in so se z boleznijo tudi na splošno bolje soočali.

1.2 Ambulanta družinske medicine

Referenčne ambulante družinske medicine (RADM), ki imajo v timu zdravnika splošne medicine oz. specialista splošne/družinske medicine, diplomirano medicinsko sestro in tehnika zdravstvene nege, so se s 1. 1. 2018 preimenovali v ambulante družinske medicine (ADM) («Zakon o zdravstveni dejavnosti», 2017). Gre za okrepitev tima družinske medicine in s tem tudi osnovne zdravstvene dejavnosti, kar je prioriteta zdravstvene politike. Na ta način sta izboljšana kakovost dela in zadovoljstvo pacientov. Uvedba novega kadra omogoča tudi prerazporeditev nekaterih nalog in odgovornosti (Referenčne ambulante – Projekt Ministrstva za zdravje, 2011).

1.2.1 Predstavitev in razvoj ambulante družinske medicine

Projekt RADM je bil predstavljen zainteresiranim zdravnikom januarja 2011 (Poplas-Susič, Kersnik in Švab, 2013). Tako so se pričele ustanavljati referenčne ambulante po vsej Sloveniji. Prve referenčne ambulante so s svojim delom začele leta 2011 (Govc Eržen, Čuš in Vračko, 2017). V tem letu je delovalo 107 referenčnih ambulant, v letu 2012 pa se jim je pridružilo še 164 novih. Konec leta 2012 je delovalo skupaj 271 referenčnih ambulant (Poplas-Susič, Kersnik in Švab, 2013), konec septembra 2016 pa že 638. Po načrtu Ministrstva za zdravje Republike Slovenije je bilo predvideno, da vse ambulante družinske medicine postanejo referenčne ambulante do konca leta 2017 (Govc Eržen, Čuš in Vračko, 2017, 2017). Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020 določa, da so referenčne ambulante priložnost za povečanje dostopnosti in korak k bolj učinkovitemu zdravstvu oz. zdravstvenemu varstvu (Kramar, 2011). Omenjena strategija še dodaja, da morajo Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005) in druga nacionalna zakonodaja oz. pravni akti zagotoviti zakonsko podlago za delovanje referenčnih ambulant in tudi vseh področjih, kjer se dogaja prenos aktivnosti z zdravnika na diplomirano medicinsko sestro.

Namen ambulant družinske medicine je razvoj modela, ki odgovarja potrebam populacije in izvajalcev ter opredeljuje: vsebino dela (protokoli vodenja kroničnih pacientov, vzpostavitev registrov pacientov s kroničnimi boleznimi, načrtna in sistematična preventiva), organizacijo dela (delitev aktivnosti in kompetenc, celovita obravnava pacientov), kadrovske strategije (nadgrajen tim z ustrezno delitvijo dela znotraj tima) in model plačevanja, ki temelji na glavarini in kakovosti dela. Ambulante družinske medicine izvajajo ob svojem rednem delu tudi preventivo in zgodnje odkrivanje nekaterih pogostejših kroničnih nenalezljivih bolezni, vodenje pacientov s kroničnimi boleznimi, obravnavo novonastalih stanj in bolezni ter vodenje registrov pacientov s kroničnimi boleznimi oz. tistih, ki so ogroženi (Govc Eržen, Čuš in Vračko, 2017).

1.2.2 Protokol za vodenje kroničnega pacienta v ambulanti družinske medicine

Pred uvedbo ambulant družinske medicine so v okviru Zdravniške zbornice Slovenije v letu 2009 v Odboru za osnovno zdravstvo in Odboru za bolnišnično in specialistično dejavnost zasnovali projekt »Protokoli obravnav kroničnih pacientov«, katerega namen je bil pripraviti enotne protokole za obravnavo pacientov za vrsto kroničnih bolezni (astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), arterijska hipertenzija, depresija, benigna hiperplazija prostate, kronična ledvična bolezen, kostno-mišične bolezni, sladkorna bolezen, ishemična bolezen srca, srčno popuščanje). Ti protokoli služijo kot strokovna priporočila in so hkrati osnova za strokovno in finančno ovrednotenje vodenja posamezne kronične bolezni (Vodopivec Jamšek, 2013). Danes se protokoli uporabljajo v ambulantah družinske medicine ter se sproti dopolnjujejo in usklajujejo z drugimi področji.

Poplas-Susič, Kersnik in Švab (2013) navajajo, da je stopenjsko jasno določena obravnava pacienta z določeno kronično boleznijo natančno opisana v protokolih vodenja pacientov s kroničnimi boleznimi. Osnovni koncept obravnave pacientov je pripravljen v desetih korakih, ki so skupni vsem protokolom in tako veljajo tudi za protokol za vodenje pacienta z arterijsko hipertenzijo v ambulanti družinske medicine (Vodopivec Jamšek, 2013):

1. aktivnosti delovne skupine ob vsakem rednem pregledu kroničnega pacienta,
2. merila urejenosti kronične bolezni,
3. pogostost rednih pregledov, načini sporazumevanja,
4. merila za nujna stanja pri posamezni kronični bolezni,
5. ukrepi na osnovni ravni ob nujni napotitvi,
6. indikacije za napotitev na obravnavo na sekundarno/terciarno raven,
7. urejanje poslabšanja kronične bolezni na osnovni ravni,
8. sporazumevanje med pacientom, delovno skupino zdravnika družinske medicine in specialistom sekundarne ravni,
9. kazalniki kakovosti obravnave kroničnega pacienta,
10. merila (zdravniška navodila) za ukrepanje medicinskih sester.

Osnova za izvajanje protokola vodenja pacienta s kronično boleznijo so registri pacientov s posamezno kronično boleznijo, ki omogočajo pregled nad obolevnostjo opredeljenih pacientov in načrtovano ukrepanje. Tako je v ambulantah družinske medicine omogočeno sodobno vodenje registrov in aktivno vabljenje pacientov s kroničnimi boleznimi na pregled, spremljanje in zdravstveno vzgojno svetovanje. Pregledi v ambulantah tako niso več prepuščeni pacientovi lastni presoji, ampak se jih k takšnemu obisku pozove. Protokol vodenja pacienta s kronično boleznijo ima velik poudarek na usposobitvi pacienta, da ta postane partner pri vodenju bolezni. Delovna skupina se pri svojem delu osredotoča na posameznega pacienta, poizve o njegovih prioritetah in o spremembah, ki jih je voljan izpeljati (Vodopivec-Jamšek, 2013).

Petek-Šter in Šter (2015) povzemata po Shaw idr. (2014), da so se protokoli za vodenje pacientov s kroničnimi boleznimi, namenjeni medicinskim sestram, izkazali za učinkovite pri vodenju pacientov s sladkorno boleznijo, arterijsko hipertenzijo ter dislipidemijo. Protokol za vodenje pacientov z arterijsko hipertenzijo v ambulantah družinske medicine so oblikovali relevantni strokovnjaki.

1.2.3 Opredelitev diplomirane medicinske sestre in njene naloge

Trobec (2010) navaja, da je po mnenju stroke medicinska sestra ključna oseba na področju skrbi za pacienta s kronično boleznijo. Avtorica pri tem povzema po International Council of Nursing (2010), da se »na podlagi tujih in domačih izkušenj mnogi strinjajo, da so medicinske sestre ključ do uspešnega implementiranja modelov oskrbe pacienta s kronično boleznijo in oblikovanja v pacienta usmerjenih oskrbovalnih timov«. Njene tradicionalne naloge v družinski medicini so: zdravstvena nega, zdravstvena vzgoja, pomoč pri delu v ordinaciji, sodelovanje pri posegih in psihosocialna pomoč pacientom (Car in Švab, 1998).

Medicinska sestra samostojno in avtonomno izvaja delo v skladu s temeljnimi odgovornostmi in področjem dela ter izvaja zdravstveno nego z upoštevanjem veljavnih strokovnih načel, smernic in standardov ter pacientom zagotavlja najvišjo možno raven varnosti in kakovosti v zdravstveni negi in oskrbi. *»Medicinska sestra si prizadeva prenašati svoje znanje in izkušnje na člane negovalnega tima in druge, ki vstopajo v proces izobraževanja. Podlago za delo predstavljata dosežena stopnja izobrazbe na ravni dodiplomskega visokošolskega strokovnega izobraževanja ter vseživljenjsko učenje«* (Maze, 2012, str. 16). Medicinske sestre nudijo zdravstvene storitve posamezniku, družini in skupnosti ter zagotavljajo, da posameznik prejme točne, zadostne in pravočasne informacije o svojem zdravstvenem stanju na ustrezen način, ter imajo štiri temeljne odgovornosti: promovirati zdravje, preprečevati bolezen, skrbeti za ohranjanje zdravja in blažiti trpljenje (International Council of Nursing (ICN), 2018b).

Kompetence medicinske sestre so naslednje (Maze, 2012):

- promocija zdravja, zdravstveno vzgojno delo in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja;
- organiziranje, vodenje in nadziranje dejavnosti ter službe zdravstvene nege;
- vodenje zdravstvene nege;
- izvajanje zdravstvene nege po procesni metodi dela;
- sodelovanje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvajanje diagnostično terapevtskih programov;
- spremljanje izidov in učinkov intervencij zdravstvene nege in dokumentiranje;
- interdisciplinarno in multisektorsko povezovanje za zagotavljanje kakovostne obravnave pacienta;

- odzivanje oz. ukrepanje v nepričakovanih situacijah ter nudenje nujne medicinske pomoči v okviru svojih pristojnosti;
- pedagoško delo za obnavljanje lastnega kadra;
- raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavljanje kakovosti.

1.2.4 Odnos diplomirane medicinske sestre do pacienta s kronično boleznijo v ambulanti družinske medicine

Vloga medicinskih sester pri zdravljenju oz. obravnavi pacientov s kroničnimi boleznimi je večja, kot se zdi na prvi pogled. Trobec (2010) navaja, da lahko medicinske sestre s svojim delom oz. pri svojem delu prispevajo k boljšim rezultatom zdravljenja, kar dokazuje tudi Bishoff (2009), ki navaja, da so mnogi pozitivni rezultati zdravljenja posledica dobre komunikacije z pacientom, ki so jo vzpostavile medicinske sestre med načrtovanimi obiski v njihovem okolju. Pri tem Trobec (2010) dodaja, da so medicinske sestre sposobne vzpostaviti dobro interakcijo s pacienti (celo bolje kot ostali zdravstveni delavci) in konstruktivno sodelovanje v zdravstvenem timu ter da glede na njihovo vlogo, ki jo imajo v skrbi za paciente s kronično boleznijo, potrebujejo ustrezno znanje, spretnosti in lastnosti, da lahko razvijejo svoj potencial. Izobraževanje medicinskih sester je zato izjemnega pomena za dobre rezultate pri obravnavi in zdravljenju kroničnih pacientov.

Medicinske sestre lahko pri obravnavi pacienta s kronično boleznijo z ustreznim sporazumevanjem in še zlasti z vzpostavljenim partnerskim odnosom spodbudijo k sodelovanju tako v primeru, ko naj upošteva priporočila v zvezi z rabo zdravil, kot tedaj, ko naj bi spreminjal neustrezne vedenjske vzorce, opuščal zdravju škodljive navade oz. korenito preoblikoval svoj dotedanji življenjski slog (Rakovec-Felser, 2014). Poleg tega zagotavljajo varnost in uvajajo novosti pri obravnavi (Trobec, 2010). Pacienta lahko naučijo za posamezno kronično bolezen potrebnih veščin, kot so: uporaba vdihovalnikov in PEF-metrov pri pacientih z astmo, rokovanje z glukometri pri pacientih s sladkorno boleznijo ter merjenje krvnega tlaka pri pacientih z arterijsko hipertenzijo (Vodopivec Jamšek, 2013).

Trobec (2010) povzema po International Council of Nursing (2010) kompetence medicinskih sester, ki pri preprečevanju kroničnih bolezni in obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji tem omogočajo: sodelovanje pri aktivnostih, ki so povezane z lajšanjem dostopa do služb zdravstvenega varstva; spoštovanje pacientovih pravic do informacij, izbire in samoodločanja pri koriščenju zdravstvenih uslug tako v zdravstveni negi kot tudi pri zdravljenju; delovanje na osnovi lastne profesionalne integritete, poštenosti in etičnega vedenja; nudenje ustreznih informacij in podpore pacientom, družinam in skupnosti pri utrjevanju oziroma spreminjanju življenjskega sloga, prilagajanju bolezni, preprečevanju dejavnikov tveganja ter soočanju s spremembami zdravja, odvisnostjo in smrtjo; prepoznavanje priložnosti za pomoč posameznikom, družinam in skupnosti pri sprejemanju bolezni, preprečevanju bolezni in vzdrževanju

zdravega življenjskega sloga; sposobnost izbire metode učenja in poučevanja, ki najbolj ustreza potrebam oz. značilnostim posameznika ali skupine; sodelovanje z drugimi službami zdravstvenega in socialnega varstva ter skupnostjo v aktivnostih preprečevanja bolezni, zmanjševanja posledic bolezni, v promociji zdravega življenjskega sloga in zdravega okolja; oblikovanje prakse, ki upošteva multiple determinante zdravja.

1.2.5 Preventiva srčno-žilnih bolezni v ambulanti družinske medicine

Medicinska sestra, ki dela v ambulanti družinske medicine, se zavzema in podpira zdrav življenjski slog (zdravstvena vzgoja in promocija zdravja), spremlja in vodi paciente s kroničnimi boleznimi ter opravlja preventivne preglede (presejanje) ciljne populacije za zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja in preventivne programe (Pečelin in Sočan, 2016). Pacient s kronično boleznijo zraven zdravljenja z zdravili potrebuje tudi vseživljenjsko oporo zdravstvenega osebja, da ga opremi z ustreznimi veščinami in znanjem ter vzpodbuja njegovo motivacijo, da postane in ostane urejen pacient s kronično boleznijo (Vodopivec Jamšek, 2013). To vlogo prevzamejo medicinske sestre.

Med naloge medicinskih sester torej sodijo tudi naloge promocije zdravja in preventive (preprečevanja) bolezni. Preventiva bolezni se prične s samopromocijo zdravja (Pečelin in Sočan, 2016). Globalni trendi, ki spodbujajo potrebo po okrepljenih strokovnih preventivnih programih oz. programih promocije na področju zdravja, vključujejo: zdravstvene reforme, spreminjanje vzorcev bolezni in staranja družb, seznanjenost z novimi globalnimi nevarnostmi za zdravje, skrb za neuravnoteženost delovne sile v zdravstvu, odpravo funkcionalne zdravstvene nepismenosti, boljše načine merjenja družbenih determinant zdravja, telekomunikacijski napredek, promocijo zdravja na globalni ravni in vodstvo zdravstvenega sektorja (International Council of Nursing, 2008). Vodopivec-Jamšek (2013) poudarja, da je zdravstveno-vzgojno delo medicinske sestre usmerjeno individualno glede na pacientove zmožnosti, prioritete in motivacijo. Avtorica pri tem dodaja, da okrepljena delovna skupina v referenčni ambulanti pacientu nudi več opore za obvladovanje čustvenih odzivov na njegovo kronično bolezen in spodbuja aktivno vlogo pacienta v procesu zdravljenja v smeri, da ta postane pacient z urejeno kronično boleznijo.

1.2.6 Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta z arterijsko hipertenzijo v ambulanti družinske medicine

Pri zdravljenju arterijske hipertenzije je izjemno pomembna seznanjenost pacienta z boleznijo. Pacienti dobivajo informacije o arterijski hipertenziji iz različnih virov, in sicer od družine, soprocentov, sodelavcev in znancev, iz brošur in knjig, medijev in od zdravstvenega osebja (Ahčin, 2004). Kako pogosto pacient z arterijsko hipertenzijo obiskuje ambulanto družinske medicine, je odvisno od ocene srčno-žilnega tveganja in višine krvnega tlaka (Accetto, Dobovišek, Dolenc in Salobir, 2004). Petek-Šter in Šter (2015) povzemata po Clark idr. (2010), da se lahko medicinska sestra uspešno vključuje v obravnavo pacientov z arterijsko hipertenzijo na področju vzgoje pacientov za zdrav

življenjski slog, posredovanja navodil za nefarmakološko zdravljenje zvišanega krvnega tlaka ter pacienta usposobi in spodbuja k samomeritvam krvnega tlaka, ki prispevajo k izboljšanju zavzetosti za zdravljenje.

Potočnik in Lorber (2012) povzemata Farkaš, Zaletel-Kragelj in Accetto (2008), da je za zmanjšanje ogroženosti arterijsko hipertenzijo treba prepoznati, jo primerno zdraviti in paciente z zvišanim krvnim tlakom celostno obravnavati. Potočnik in Lorber (2012) dodajata, da mora »vse to vključevati posredovanje informacij o zdravem načinu življenja, režimu jemanja zdravil za zniževanje krvnega tlaka in redni nadzor vrednosti krvnega tlaka v zdravstveni ustanovi in doma«. Tukaj ima ključno vlogo medicinska sestra, ki skrbi za promocijo zdravja (zdravstveno-vzgojno delo), za nadzor krvnega tlaka z meritvami v ambulanti ter vodi register pacientov s kroničnimi boleznimi.

Vloga medicinske sestre v ambulanti za arterijsko hipertenzijo po predstavitvi Škoričeve (2010) obsega: poučevanje pacienta in njegovih svojcev o poteku bolezni, podajanje pisnih in ustnih navodil in skupno postavljanje ciljev, svetovanje glede jemanja zdravil, ugotavljanje stranskih učinkov zdravil, edukacijo pacienta, da si sam pravilno izmeri krvni tlak in vodi dnevnik merjenja, edukacijo o pomenu zdravega načina življenja, zdravstveno vzgojo pacienta o spremembah življenjskega sloga in vrednotenje pacientovega zdravljenja.

Štamcar (2005 v Potočnik in Lorber, 2012) ugotavlja, da uspešno vodenje pacienta z arterijsko hipertenzijo zajema vsa ključna področja potrebnih veščin, ki naj bi jih imela medicinska sestra, in sicer ustrezno znanje, sposobnost dobre komunikacije s pacientom, organizacijo dela v ambulanti ali bolnišnici ter sodelovanje s celotnim zdravstvenim timom. Potočnik in Lorber (2012) dodajata, da delo z pacientom, ki ima arterijsko hipertenzijo, temelji na spoznavanju njegovega dotedanjšega življenja, navad, razvad in socialnih razmer.

Pri obravnavi pacienta z arterijsko hipertenzijo medicinska sestra kontrolira njegov krvni tlak. Takšna kontrola krvnega tlaka vsebuje: posvet o morebitnih zapletih arterijske hipertenzije in motivacijo za zdrav način življenja ter po potrebi še dodatno zdravstveno-vzgojno svetovanje, meritve telesne teže in višine ter obsega pasu in krvnega tlaka, pregled dnevnika domačih meritev krvnega tlaka, oceno urejenosti krvnega tlaka, preverjanje morebitnih stranskih učinkov zdravil in razlago pomena rednega jemanja zdravil (Petek-Šter, 2017). Hkrati po Glynn idr. (2010) povzemata, da zahteva vključitev medicinske sestre v obravnavo pacientov z arterijsko hipertenzijo z namenom izboljšanja nadzora krvnega tlaka oblikovanje jasnih priporočil (protokolov) za vodenje takšnih pacientov.

Ugotovitve raziskave, ki sta jo izvedla Petek-Šter in Šter (2015) kažejo na potrebe po dodatnem izobraževanju medicinskih sester v ambulantah družinske medicine na področju arterijske hipertenzije. Pri tem opozarjata, da se takšno izobraževanje ne sme končati z obveznimi izobraževalnimi vsebinami, ki so potrebne za delo v ambulantah

družinske medicine, ampak je potrebno, da takšno izobraževanje predstavlja del kontinuiranega vseživljenjskega učenja, ki ga poudarja tudi strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v Sloveniji v letih 2011–2020 (Kadivec, Skela-Savič, Kramar, Zavrl-Džananović in Bregar, 2013).

2 NAMEN, RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE

2.1 Namen in cilj diplomskega dela

Pri pregledu literature je bilo ugotovljenih nemalo pozitivnih učinkov na stanje in obravnavo pacientov s kroničnimi boleznimi po uvedbi ambulant družinske medicine, vendar pa doslej še ni bilo raziskave, ki bi preverjala, kako uvedba ambulant družinske medicine in s tem vključitev diplomirane medicinske sestre v tim ambulante družinske medicine izboljša izid zdravstvene oskrbe.

Namen naloge je preveriti urejenost krvnega tlaka v populaciji pacientov z arterijsko hipertenzijo in ali je urejenost krvnega tlaka po uvedbi vodenja v raziskavo zajetih pacientov v okviru ambulant družinske medicine izboljšana. Želeli smo tudi preveriti zadovoljstvo pacientov z diplomirano medicinsko sestro. Zadovoljstvo pacientov je namreč pomemben dejavnik pri kakovosti oskrbe. Cilj diplomske naloge je tako s kvantitativnim pristopom preveriti urejenost krvnega tlaka pacientov z arterijsko hipertenzijo pred in 5 let po uvedbi ambulant družinske medicine ter njihovo zadovoljstvo z novim načinom vodenja te bolezni in tako izpostaviti morebitne pomanjkljivosti.

2.2 Raziskovalni vprašanji

Skladno z namenom in ciljem diplomske naloge sta osrednji raziskovalni vprašanji raziskovalnega dela diplomske naloge:

- Kako obravnava pacienta v ambulanti družinske medicine vpliva na raven njegovega krvnega tlaka?
- Kaj vpliva na zadovoljstvo pacientov v ambulanti družinske medicine?

2.3 Hipoteze

Na podlagi zastavljenih raziskovalnih vprašanj sta bili oblikovani naslednji hipotezi:

- **H1:** Povprečni krvni tlak pacientov z arterijsko hipertenzijo je po uvedbi ambulant družinske medicine nižji.
- **H2:** Pacienti z arterijsko hipertenzijo so zelo zadovoljni z delom medicinske sestre v ambulanti družinske medicine.

3 METODE DELA IN MATERIALI

3.1 Raziskovalne metode

V diplomskem delu smo za predstavitev teoretičnih osnov in predstavitev raziskovalnega problema uporabili literaturo, pridobljeno prek različnih baz podatkov ter podatkovnih zbirk, kot so Google, Cobiss, Medline, ProQuest, PubMed, ter dostopno slovensko in tujo literaturo iz knjižnic ljubljanske univerze.

Izvedli smo kvantitativno raziskavo, ki je bila sestavljena iz dveh delov. V prvem delu smo retrospektivno pregledali dokumentacijo posameznega pacienta, zajetega v vzorec, iz katere smo dobili podatke iz obdobja pred uvedbo ambulante družinske medicine. Pregledali smo tudi podatke iz registra kroničnih nenalezljivih bolezni za paciente, vključene v raziskavo. V nadaljevanju smo izvedli še raziskavo za preverjanje zadovoljstva pacientov z obravnavo v ambulanti družinske medicine.

3.2 Raziskovalni vzorec

V raziskavi so sodelovali pacienti z arterijsko hipertenzijo, katerih podatki so bili zbrani iz arhiva ambulante. Uporabljeni so bili zgolj podatki pacientov, ki so opravili 4–6 meritev v letu oziroma imeli izračunano povprečno vrednost krvnega tlaka. V prvem delu raziskave je bil tako izbran namenski vzorec 288 pacientov z arterijsko hipertenzijo. Za izvedbo drugega dela raziskave (ugotavljanje zadovoljstva pacientov v ambulantah družinske medicine) smo izbrali priročni vzorec 30 pacientov z arterijsko hipertenzijo, ki so v raziskovanem obdobju prišli na pregled v ambulanto družinske medicine. Raziskava ni bila omejena na starost oz. pridobljeno izobrazbo, saj so nas zanimali pacienti z arterijsko hipertenzijo vseh profilov.

3.3 Postopki zbiranja podatkov in instrument raziskave

Raziskava je potekala v ambulanti družinske medicine v ruralnem okolju, in sicer v dveh delih, vzporedno. Podatke o potrjeni diagnozi arterijske hipertenzije in obisku ambulante družinske medicine smo pridobili iz kartoteke pacientov. V prvem delu smo primerjali povprečne vrednosti meritev krvnega tlaka v populaciji pacientov s hipertenzijo, pridobljene iz arhiva ambulante iz leta 1999 (pred uvedbo ambulante družinske medicine) ter iz let 2015 in 2017 (po uvedbi ambulante družinske medicine), ter jih primerjali tudi glede na spol. Uporabljeni so bili zgolj podatki pacientov, ki so opravili 4–6 meritev v letu oz. imeli izračunano povprečno vrednost krvnega tlaka.

Za leto 1999 smo podatke o meritvah krvnega tlaka pri pacientih z arterijsko hipertenzijo zbrali iz osebnega arhiva zdravnice raziskovane ambulante družinske medicine. Za leti 2015 in 2017 smo zajeli podatke iz računalniške aplikacije, v katero medicinska sestra vnaša vse anamnestične podatke, rezultate vprašalnikov, meritve ter laboratorijske izvide pri svojem delu v ambulanti družinske medicine. Kriterij za

vključitev v raziskavo so bile opravljene preiskave po protokolu obravnave pacienta z arterijsko hipertenzijo (redni pregledi in jemanje zdravil, vsaj enkrat letni nabor obveznih preiskav: laboratorij (hemogram, kreatinin, urat, elektroliti, urin) in EKG. Pri tem gre poudariti, da je šlo v tem primeru za paciente z arterijsko hipertenzijo, ki so bili vodeni po protokolu za vodenje kroničnega pacienta v ambulanti družinske medicine. Ker pacienti iz leta 1999 še niso bili vključeni v obravnavo po omenjenem protokolu, so bile pri njih izračunane povprečne vrednosti meritev krvnega tlaka le na podlagi morebitnih dnevnikov samomerjenja ali izmerjenega krvnega tlaka ob obisku ambulante.

V drugem delu smo kot orodje uporabili standardiziran vprašalnik za ocenjevanje zadovoljstva pacientov v ambulantah družinske medicine, povzet po Klemenc-Ketis, Kravos, Poplas-Susič, Švab in Kersnik (2013). Omenjeni anketni vprašalnik je bil uporabljen v projektu referenčnih ambulant. Je validiran, zanj pa smo pridobili tudi pisno soglasje avtorice. Vprašalnik je bil za namen diplomske naloge uporabljen s področja komunikacije, zaupnosti, strokovnosti, vključevanja pacienta in kakovosti organizacije. Instrument (Priloga 1) je obsegal 11 vprašanj, od tega je bilo 6 vprašanj zaprtega tipa in 5 odprtega tipa. Razdeljen je bil 30 naključnim zaporednim pacientom z arterijsko hipertenzijo ob obisku v ambulanti družinske medicine, pri čemer jim je bila zagotovljena anonimnost. Izročeni so bili posredno v roke pacientom pred ali po obravnavi v ambulanti družinske medicine. Anketiranje je potekalo v ambulanti družinske medicine tekom delovnega časa od 1. 7. 2018 do 30. 7. 2018 v eni od zasebnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. Za izvedbo raziskave smo si pridobili dovoljenje nosilca koncesije, ki se zaradi zaščite podatka shranjuje pri avtorici diplomske naloge.

3.4 Obdelava podatkov

Pridobljene podatke smo lastnoročno vnesli in obdelali z računalniškim programom Microsoft Office Excel 2013, za analiziranje atributivnih spremenljivk pa je bila uporabljena metoda deskriptivne oz. opisne statistike z uporabo odstotnih frekvenc, ki so prikazane s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Word 2013.

4 REZULTATI

4.1 Prvi del raziskave

Med analizo so v diplomskem delu v prvi vrsti rezultati predstavljeni kvantitativno s pomočjo preglednic, ki jih v nadaljevanju dopolnjuje njihova opisna razlaga v povezavi z izračunanimi povprečnimi vrednostmi izmerjenega krvnega tlaka. V analizo prvega dela raziskave je bilo skupno vključenih 288 pacientov z arterijsko hipertenzijo.

Iz Preglednice 3 je razvidno, da se je število opredeljenih pacientov ambulante družinske medicine od leta 1999 do leta 2017 povečalo za 70 %. Leta 1999 je imela ambulanta družinske medicine opredeljenih 1.214 pacientov, leta 2015 2.090 pacientov in leta 2017 2.045 pacientov. Struktura pacientov po spolu se pri tem ni bistveno spreminjala. Leta 1999 je večinski delež opredeljenih predstavljala ženska populacija (54 %), prav tako leta 2015 in 2017, ko so ženske predstavljale 58 % opredeljenih pacientov.

Preglednica 3: Struktura opredeljenih pacientov

	31. 7. 1999	31. 7. 2015	31. 7. 2017
Št. vseh opredeljenih	1.214	2.090	2.045
Št. opredeljenih žensk	657	1.112	1.180
Št. opredeljenih moških	557	878	865
delež opredeljenih žensk (%)	54	58	58
Delež opredeljenih moških (%)	46	42	42

Preglednica 4 prikazuje strukturo pacientov z arterijsko hipertenzijo. Iz nje lahko razberemo, da se je od leta 1999 do 2017 število pacientov z evidentirano diagnozo arterijske hipertenzije podvojilo. Leta 1999 jih je od skupno 1.214 opredeljenih pacientov imelo diagnosticirano arterijsko hipertenzijo 211, kar predstavlja 17 % vseh opredeljenih. Leta 2015 se je ta številka povzpela na 23 %, leta 2017 pa kar na 26 % vseh opredeljenih. Sklepati gre, da je to posledica sistematičnega nadgrajevanja registra, ki je prišel v uvedbo med letoma 1997–2000, ter pridobitve ambulante družinske medicine. S številom opredeljenih pacientov pa se je dvignilo tudi število obravnav. Za leto 1999 sicer nimamo podatka o obravnavah, leta 2015 jih je bilo obravnavanih 226, leta 2017 pa 261. Struktura pacientov z arterijsko hipertenzijo po spolu je odsev strukture opredeljenih, torej je delež pacientov z arterijsko hipertenzijo nekoliko višji pri ženskah (leta 1999 predstavljajo ženske 60 % diagnoz arterijske hipertenzije, leta 2015 in 2017 pa se ta številka zniža na 57 %). Za potrebe raziskave smo glede na kriterij (pacienti, ki so opravili 4–6 meritev v letu oz. imeli izračunano povprečno vrednost krvnega tlaka) vključili 288 pacientov z arterijsko hipertenzijo (53 pacientov iz leta 1999, 124 iz leta 2015 in 111 iz leta 2017).

Preglednica 4: Struktura pacientov z arterijsko hipertenzijo

	1999	2015	2017
Število pacientov z arterijsko hipertenzijo	211	489	536
Delež pacientov z arterijsko hipertenzijo (%)	17	23	26
Število žensk z arterijsko hipertenzijo	84	279	304
Število moških z arterijsko hipertenzijo	127	210	232
Delež žensk z arterijsko hipertenzijo (%)	60	57	57
Delež moških z arterijsko hipertenzijo (%)	40	43	43
Število obravnav		226	261
Število pacientov vključenih v raziskavo	53	124	111

V letu 1999 je povprečna izmerjena vrednost krvnega tlaka v ambulanti pri pacientih z arterijsko hipertenzijo znašala 155/91 mmHg, pri čemer bistvenih razlik med spoloma ni bilo. Povprečne vrednosti med ženskami so tako znašale 156/91 mmHg, pri moških pa 155/92 mmHg. Leta 2015 je povprečna izmerjena vrednost krvnega tlaka pacientov znašala 148/83 mmHg (144/81 mmHg pri ženskah in 152/85 mmHg pri moških), leta 2017 pa 145/82 mmHg (142/78 mmHg pri ženskah in 147/82 mmHg pri moških). Povprečne vrednosti krvnega tlaka so se od leta 1999 do leta 2017 znižale za 10 mmHg pri sistoličnem in za 9 mm pri diastoličnem krvnem tlaku. Padec povprečne vrednosti krvnega tlaka je nekoliko bolj izražen med ženskami (od leta 1999 do 2017 je povprečni izmerjeni sistolični krvni tlak upadel za 14 mm, diastolični pa za 13 mm) kot pri moških (od leta 1999 do 2017 je povprečni izmerjeni sistolični krvni tlak upadel za 8 mm, diastolični pa za 10 mm) (Preglednica 5).

Preglednica 5: Povprečna vrednost krvnega tlaka med letoma 1999–2017

	1999	2015	2017
Skupno povprečje krvnega tlaka	155/91	148/83	145/82
Povprečna vrednost sistoličnega krvnega tlaka pri ženskah	156	144	142
Povprečna vrednost sistoličnega krvnega tlaka pri moških	155	152	147
Povprečna vrednost diastoličnega krvnega tlaka pri ženskah	91	81	78
Povprečna vrednost diastoličnega krvnega tlaka pri moških	92	85	82

Rezultati povprečnih izmerjenih vrednosti pacientovih samomeritev krvnega tlaka iz leta 2017 so v primerjavi s povprečnimi izmerjenimi vrednostmi iz ambulante še ugodnejši. Povprečna vrednost samomeritev je namreč znašala 135/79 mmHg, kar je za 10 mm nižja vrednost sistoličnega in 3 mm diastoličnega krvnega tlaka. To pomeni, da so vsi pacienti z arterijsko hipertenzijo, ki so bili vključeni v raziskavo, dosegli ciljno vrednost krvnega tlaka (pod 140/90), pri čemer razlike med moškimi in ženskami skorajda ni (povprečna vrednost žensk je znašala 135/77 mmHg, moških pa 135/75 mmHg) (Preglednica 6).

Preglednica 6: Povprečne vrednosti krvnega tlaka, izmerjenega v ambulanti in v domačem okolju (2017)

	Meritve v ambulanti	Samomeritve
Skupna povprečna vrednost sistoličnega krvnega tlaka	145	135
Skupna povprečna vrednost diastoličnega krvnega tlaka	82	79
Povprečna vrednost sistoličnega krvnega tlaka pri ženskah	142	135
Povprečna vrednost diastoličnega krvnega tlaka pri ženskah	78	77
Povprečna vrednost sistoličnega krvnega tlaka pri moških	147	135
Povprečna vrednost diastoličnega krvnega tlaka pri moških	84	75

4.2 Drugi del raziskave

Drugi del raziskave je potekal na podlagi anketnih vprašalnikov. Vprašalniki so bili razdeljeni 30 naključnim zaporednim pacientom z arterijsko hipertenzijo ob obisku v ambulanti družinske medicine. Večina anketirancev (27) je izpolnjen vprašalnik oddalo v nabiralnik za pohvale in pritožbe ali pa ga izročilo v roke medicinski sestri. En pacient je anketni vprašalnik odklonil, dva pa sta ga odnesla domov in nikoli vrnila. Za analizo in interpretacijo dobljenih rezultatov smo anketna vprašanja oz. trditve sestavili, združili in uredili v smiselne tematske sklope glede na zastavljene hipoteze. Analizirali smo le sklope, ki se nanašajo na tim ambulante družinske medicine kot celoto in delo medicinske sestre, zato je vprašanja oz. trditve, nanašajoč se na zdravnike, iz analize izpustili.

Od demografskih podatkov anketirancev so nas zanimali spol, starostna skupina, izobrazba in socialni status.

Preglednica 7 prikazuje strukturo anketiranih pacientov glede na spol. Od skupno 27 anketirancev je nekaj več kot polovica predstavljala moške (14 oziroma 52 %). Žensk je bilo 13 oziroma 48 %.

Preglednica 7: Struktura anketirancev glede na spol

Spol	Število anketirancev (n)
Moški	14
Ženski	13
Skupaj	27

V preglednici 8 je predstavljena struktura anketirancev glede na starost. Razdelili smo jih v 5 starostnih skupin. Večinski delež predstavljajo anketiranci med 61. in 70. letom starosti (16 oziroma 59 %), sledijo jim anketiranci med 71. in 80. letom (5 oziroma 19 %), v skupinah med 40 in 50 let ter 51 in 60 let so bili po trije (11 %), v skupino nad 81 let pa ni spadal nihče.

Preglednica 10: Struktura anketirancev glede na starost

Starost anketirancev	Število anketirancev (n)
40–50 let	3
51–60 let	3
61–70 let	16
71–80 let	5
81 let in več	0
Skupaj	27

Med anketiranci ni bilo nikogar, ki ne bi imel nedokončanega osnovnega šolanja. Osnovno šolo so imeli dokončano trije (11 %), poklicno šolo 6 (22 %), srednjo šolo je imelo končano skoraj polovica anketirancev (13 oziroma 48 %) in višjo/visoko/magisterij ali doktorat 5 anketirancev (19 %) (Preglednica 9).

Preglednica 11: Struktura anketirancev glede na stopnjo izobrazbe

Stopnja izobrazbe	Število anketirancev (n)
Brez/nedokončana šola	0
Osnovna šola	3
Poklicna šola	6
Srednja šola	13
Višja ali visoka šola, magisterij, doktorat	5
Skupaj	27

Največ anketirancev, kar 18 oziroma 67 %, je bilo upokojencev. 2 sta bila trenutno brezposelna (7 %), 7 jih je bilo zaposlenih (26 %). Nihče od anketiranih ni imel statusa družinskega člana ali bil na čakanju (Preglednica 10).

Preglednica 12: Struktura anketirancev glede na socialni status

Socialni status	Število anketirancev (n)
Zaposleni (imate službo)	7
Družinski član (niste v službi)	0
Na čakanju	0
Brezposelni	2
Upokojenec	18
Skupaj	27

Prvi sklop trditvev se je nanašal na ocene anketirancev na področju komunikacijskih veščin v timu ambulante družinske medicine. Od skupno 23 trditvev smo za potrebe diplomske naloge analizirali le tiste, ki se nanašajo na komunikacijske veščine medicinske sestre. Anketiranci so posamezne trditve ocenjevali po principu 5-stopenjske lestvice, pri čemer je ocena 1 predstavljala odgovor »zelo slabo«, 5 pa »odlično«. Preglednica 11 prikazuje, da so anketiranci najbolje ocenili poslušnost tima ambulante družinske medicine. Povprečna ocena vprašanja »Ali Vas je poslušala?« namreč znaša 4,7. Kot drugo so anketiranci izpostavili, da jim je tim dajal občutek, da

imajo dovolj časa za posvet (4,6). Z oceno 4,4 so ocenili, da jim je tim olajšal pogovor s tem, da so jim lahko povedali o svojih težavah, da so jih vključili v odločanje o njihovem zdravljenju in se zanimali za njihove osebne razmere. Povprečna ocena sklopa o komunikacijskih veščinah tima je tako znašala 4,5. Nihče od anketirancev pri tem sklopu vprašanj ni podelil ocene 3 ali manj, kar 44 % vseh pa je to področje ocenilo z oceno 5.

Preglednica 13: Ocena komunikacijskih veščin tima ambulante družinske medicine

Vprašanje	Povprečna ocena
Ali Vas je poslušal(a)?	4,7
Ali Vam je med obiskom dajal(a) občutek, da imate dovolj časa za posvet?	4,6
Ali Vam je olajšal(a), da ste mu/ji povedali o svojih težavah?	4,4
Ali Vas je vključil(a) v odločanje o Vašem zdravljenju?	4,4
Ali se je zanimal(a) za Vaše osebne razmere?	4,4
Povprečna ocena vseh podanih odgovorov	4,5

Podobne rezultate prikazuje tudi Preglednica 12, ki zajema sklop vprašanj, navezujočih se na zaupnost in strokovnost tima ambulante družinske medicine. Najvišjo oceno je prejelo vprašanje o zaupnosti ravnanja z njihovim zdravstvenim kartonom in osebnimi podatki (4,9). Natančnost pri obravnavi njihovih zdravstvenih težav in pregled so ocenili z oceno 4,7, medtem ko so z oceno 4,6 ocenili pomoč k boljšemu počutju, da lahko opravljajo svoje vsakdanje dejavnosti, in skrb za hitro olajšanje težav (simptomov). Najnižjo oceno (4,2) je prejelo vprašanje o ponujeni možnosti preventivnih ukrepov (tj. sistematski pregled, preventivni pregled, cepljenje). Tudi pri tem sklopu vprašanj je bila povprečna ocena odgovorov 4,5, pri čemer gre poudariti visok odstotek ocenjenih odgovorov z oceno 5, in sicer 44–74 %.

Preglednica 14: Ocena zaupnosti in strokovnosti tima ambulante družinske medicine

Vprašanje	Povprečna ocena
Ali je zaupno ravnal(a) z Vašim zdravstvenim kartonom in Vašimi osebnimi podatki?	4,9
Ali je bil natančen pri obravnavi vaših zdravstvenih težav?	4,7
Kako Vas je pregledal(a)?	4,7
Ali Vam je pomagal k boljšemu počutju, tako da lahko opravljate svoje vsakdanje dejavnosti?	4,6
Ali je poskrbel(a) za hitro olajšanje Vaših težav (simptomov)?	4,6
Ali Vam je ponudil(a) možnost preventivnih ukrepov (tj. sistematski pregled, preventivni pregled, cepljenje)?	4,2
Povprečna ocena vseh podanih odgovorov	4,5

Tretji sklop vprašanj se je nanašal na oceno vključenosti pacienta pri obravnavi v ambulanti družinske medicine. Anketiranci so pomoči, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevajo zdravnikove nasvete, podelili najvišje ocene (4,6). Da so v timu ambulante družinske medicine vedeli, kaj so z njimi počeli ali jim povedali pri prejšnjih obiskih ambulante, so ocenili z oceno 4,5, da so jim dovolj podrobno povedali, kar so

želeli vedeti o svojih simptomih in/ali bolezni, pa s 4,1. Najnižjo oceno sta dobili vprašanji, ali jim je tim ambulante družinske medicine razložil namen pregleda, preiskav in zdravljenja ter ali jim je pomagal premagovati čustvene težave v zvezi z njihovim zdravstvenim stanjem. Vprašanji sta dobili oceno 4,0 (Preglednica 13).

Preglednica 15: Ocena vključevanja pacienta v tim ambulante družinske medicine

Vprašanje	Povprečna ocena
Ali Vam je pomagal, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate njegove/njene (zdravnikove) nasvete?	4,6
Ali je vedel(a), kaj Vam je naredil(a) ali povedal(a) med prejšnjimi obiski pri zdravniku?	4,5
Ali Vam je povedal(a) dovolj podrobno, kar ste želeli vedeti o svojih simptomih in/ali bolezni?	4,1
Ali Vam je razložil(a) namen pregledov, preiskav in zdravljenja?	4,0
Ali Vam je pomagal(a) premagovati čustvene težave v zvezi z vašim zdravstvenim stanjem?	4,0
Povprečna ocena vseh podanih odgovorov	4,3

Preglednica 14 prikazuje rezultate oz. ocene četrtega sklopa vprašanj o organizaciji v timu ambulante družinske medicine. Z organizacijo in načinom obravnave v ambulanti družinske medicine je zelo zadovoljna večina anketirancev, saj so podali oceno 4,7. Isto oceno je prejelo vprašanje o zadovoljstvu s pomočjo ostalih sodelavcev v ambulanti družinske medicine, pri čemer zdravnik/-ca ni bila vključena. Da so anketiranci dobili termin za pregled oz. so prišli na vrsto, kot jim je ustrezalo, so ocenili z oceno 4,4, prav tako so s 4,4 ocenili čakanje na pregled v čakalnici. Vprašanje, ali jih je tim pripravil na to, kaj lahko pričakujejo od pregleda in zdravljenja pri specialistu ali v bolnišnici oz. pri drugih izvajalcih (npr. Fizioterapija), je bilo ocenjeno z oceno 4,0, najnižjo oceno pa je prejelo vprašanje glede lahkotnosti dobljene telefonske zveze z ambulanto družinske medicine, in sicer 3,9. Povprečna ocena četrtega sklopa vprašanj je znašala 4,4.

Preglednica 16: Ocena organizacije tima ambulante družinske medicine

Vprašanje	Povprečna ocena
Z organizacijo in načinom obravnave v tej referenčni ambulanti sem zelo zadovoljen(a).	4,7
Kako so Vam bili v pomoč ostali sodelavci v referenčni ambulanti družinske medicine (nezdravnik(ca))?	4,7
Ali ste dobili termin za pregled ali prišli na vrsto tako, kot vam je ustrezalo?	4,4
Koliko časa ste na pregled čakali v čakalnici?	4,4
Ali Vas je pripravil(a) na to, kaj lahko pričakujete od pregleda in zdravljenja pri specialistu ali v bolnišnici oz. pri drugih izvajalcih (npr. fizioterapija)?	4,0
Ali ste zlahka dobili telefonsko zvezo z ambulanto?	3,9
Povprečna ocena vseh podanih odgovorov	4,4

Povprečna ocena vseh sklopov, ki so se nanašali na tim ambulante družinske medicine, je znašala 4,3.

V zadnji sklop smo združili in povzeli le vprašanja, ki so se nanašala na oceno dela medicinske sestre v ambulanti družinske medicine (Preglednica 15). Delo medicinske

sestre v ambulanti družinske medicine je bilo v povprečju ocenjeno z oceno 4,5, pri čemer je najvišjo oceno dobilo vprašanje o zaupnosti ravnanja z zdravstvenim kartonom in osebnimi podatki anketirancev (4,9). S tem, da bi medicinsko sestro v ambulanti družinske medicine lahko toplo priporočili svojim prijateljem, se je strinjala velika večina, saj je omenjena trditev prav tako prejela oceno 4,9. Natančnost medicinske sestre pri obravnavi je bila ocenjena z oceno 4,7, prav tako, kako jih je pregledala in poslušala. Pomoč, da bi razumeli pomembnost upoštevanja nasvetov medicinske sestre, je bila ocenjena z oceno 4,6. Enako so ocenili skrb za hitro lajšanje njihovih težav (simptomov), pomoč k boljšemu počutju za opravljanje svojih vsakodnevnih dejavnosti in občutek, da imajo med obiskom dovolj časa za posvet. Z oceno 4,3 sta bili ocenjeni vprašanji, ali jim je medicinska sestra razložila namen pregledov, preiskav in zdravljenja ter ali jim je pomagala premagovati čustvene težave v zvezi z njihovim zdravstvenim stanjem. Kot najnižje pa je bilo ocenjeno vprašanje o ponujenih možnostih preventivnih ukrepov (tj. sistematski pregled, preventivni pregled, cepljenje), ki so ga anketiranci ocenili z oceno 4,2.

Preglednica 17: Ocena dela diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine

Vprašanje	Povprečna ocena
Diplomirano medicinsko sestro iz te ambulante lahko toplo priporočam svojim prijateljem.	4,9
Ali je zaupno ravnal(a) z Vašim zdravstvenim kartonom in Vašimi osebnimi podatki?	4,9
Ali je bil natančen pri obravnavi vaših zdravstvenih težav?	4,7
Kako Vas je pregledal(a)?	4,7
Ali Vas je poslušal(a)?	4,7
Ali Vam je pomagal(a), da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate njegove/njene (dipl. med. sestre) nasvete?	4,6
Ali je poskrbel(a) za hitro olajšanje Vaših težav (simptomov)?	4,6
Ali Vam je pomagal k boljšemu počutju, tako da lahko opravljate svoje vsakdanje dejavnosti?	4,6
Ali Vam je med obiskom dajal(a) občutek, da imate dovolj časa za posvet?	4,6
Ali Vam je olajšal(a), da ste mu/ji povedali o svojih težavah?	4,4
Ali Vas je vključil(a) v odločanje o Vašem zdravljenju?	4,4
Ali se je zanimal(a) za Vaše osebne razmere?	4,4
Ali Vam je povedal(a) dovolj podrobno, kar ste želeli vedeti o svojih simptomih in/ali bolezni?	4,4
Ali je vedel(a), kaj Vam je naredil(a) ali povedal(a) med prejšnjimi obiski pri zdravniku?	4,4
Ali Vam je razložil(a) namen pregledov, preiskav in zdravljenja?	4,3
Ali Vam je pomagal(a) premagovati čustvene težave v zvezi z Vašim zdravstvenim stanjem?	4,3
Ali Vam je ponudil(a) možnost preventivnih ukrepov (tj. sistematski pregled, preventivni pregled, cepljenje)?	4,2
Povprečna ocena vseh podanih odgovorov	4,5

Povprečna ocena dela medicinske sestre v ambulanti družinske medicine je glede na odgovore anketirancev nekoliko višja (4,5) od povprečne ocene tima (4,3). Poudariti gre, da je pri tem delež anketirancev, ki so podali oceno 5 pri posameznih vprašanjih, kar 52–85 %.

5 RAZPRAVA

Epidemiološke študije kažejo, da je diagnoza arterijske hipertenzije relativno pogost pojav, saj jo ima 15–30 % ljudi iz celotne populacije (Bedenčič, Berlot in Žižek, 2011). Prevalenca zgoraj omenjene bolezni v populaciji raziskovane ambulante družinske medicine znaša med 17 % (leta 1999) in 26 % (leta 2017), kar potrjuje okvir prevalence celotne populacije.

Raziskovalno vprašanje 1: Kako obravnava pacienta v ambulanti družinske medicine vpliva na raven njegovega krvnega tlaka?

Glede na to, da predpisovanje zdravil za zdravljenje arterijske hipertenzije, t. i. antihipertenzivnih zdravil, po svetu narašča (Ferk, Leskovšek in Pal, 2011), bi bilo smiselno sklepati, da imajo pacienti, ki imajo arterijsko hipertenzijo, vrednosti krvnega tlaka v mejah normale in s tem bolezen kot tako tudi urejeno. Dejstvo, da je v literaturi zaslediti podatek o največjem deležu ciljnih vrednosti krvnega tlaka, ki ga je imelo le 27 % uspešno zdravljenih pacientov z arterijsko hipertenzijo (RR < 140/90 mmHg) v Združenih državah Amerike (Coresh idr., 2001), je spodbudilo k nastanku raziskave o pomenu aktivnega nadzora in spremljanja pacientov z arterijsko hipertenzijo splošne zdravnice raziskovane ambulante družinske medicine, ki je bila izvedena med letoma 1997 in 2000. Omenjena raziskava izpostavlja in poudarja pomen aktivnega nadzora pacientov s kronično boleznijo. Tako je bila prvič ugotovljena povprečna vrednost krvnega tlaka pacientov z arterijsko hipertenzijo. Povprečna vrednost krvnega tlaka pri moških je znašala 156/91 mmHg, pri ženskah pa 155/92 mmHg (Klančar, 2005). Dobljeni podatki naše raziskovane ambulante izpred let ter na podlagi pregleda literature ugotovljeni pozitivni učinki spremljanja in vodenja pacientov, ki imajo kronične bolezni, so nas spodbudili k preverjanju, ali je mogoče s še boljšim načinom dela (uvredba referenčnih ambulant in kasneje ambulant družinske medicine ter zaposlitev diplomirane medicinske sestre) omenjene rezultate še izboljšati.

Po primerjavi podatkov iz let 1999 in 2015 smo takoj naleteli na spodbudne podatke, saj se je v tem času v preiskovani ambulanti uvedel projekt referenčnih ambulant (2011), kjer se je zaposlila tudi diplomirana medicinska sestra. Že leta 2015 je porastel delež registriranih pacientov z arterijsko hipertenzijo iz 17 % (leta 1999) na 23 %. Poudariti gre, da pri tem ne gre za povečanje incidence omenjene bolezni, temveč za natančnejše evidentiranje diagnoz in vključevanje pacientov v register pacientov z arterijsko hipertenzijo, k čemur je prispevala zaposlitev diplomirane medicinske sestre. To ugotavlja tudi Štamcar (v Potočnik in Lorber, 2012), in sicer da uspešno vodenje pacienta z arterijsko hipertenzijo zajema vsa ključna področja potrebnih veščin, ki naj bi jih imela medicinska sestra, in sicer ustrezno znanje, sposobnost dobre komunikacije s pacientom, organizacijo dela v ambulanti ali bolnišnici ter sodelovanje s celotnim zdravstvenim timom.

Med analizo rezultatov dela v raziskovani ambulanti družinske smo na področju vodenja pacientov z arterijsko hipertenzijo naleteli na izredno spodbudne podatke. Če je bila povprečna vrednost krvnega tlaka v letu 1999 155/91 mmHg, je omenjena vrednost v letu 2015 padla na 148/83 mmHg, v letu 2017 pa na kar 145/82 mmHg. Dodaten doprinos dela diplomirane medicinske sestre, ki po protokolu vodenja pacientom z arterijsko hipertenzijo naroča merjenje krvnega tlaka na domu, se je pokazal tudi pri rezultatih samomeritev. Tu dosegamo povprečno vrednost krvnega tlaka 135/79 mmHg. V primerjavi z raziskavo Joint National Committee iz leta 1997, ki govori o relativno nizkem deležu pacientov z arterijsko hipertenzijo, ki dosegajo ciljne vrednosti krvnega tlaka (RR < 140/90), so rezultati pacientov raziskovane ambulante več kot vzpodbudni.

Raziskovalno vprašanje 2: Kaj vpliva na zadovoljstvo pacientov v ambulanti družinske medicine?

Drugi del raziskave je imel namen preveriti zadovoljstvo pacientov z delom diplomirane medicinske sestre na področju komunikacijskih veščin, zaupnosti, strokovnosti, občutka pacienta o vključenosti v obravnavo, zadovoljstvo pacienta s celotnim timom ambulante družinske medicine in oceno diplomirane medicinske sestre kot nosilke dejavnosti nove vsebine v ambulanti družinske medicine. Po navedbah Kersnika (2003) je zadovoljstvo pacientov pacientova ocena dela zdravstvenih delavcev, njihovega sporazumevanja, odnosa ter skrbi do oz. za pacienta, sporočanja informacij ter prijaznosti zdravstvenih delavcev.

Pacienti so delo naše ambulante družinske medicine ocenili z oceno zadovoljstva 4,3–4,5, kar je vsekakor odlično in spodbudno. Na njihovo zadovoljstvo torej na področju komunikacijskih veščin v največji meri vpliva dejstvo, da se s strani medicinske sestre čutijo slišani, ter občutek, da imajo za posvet pri medicinski sestri dovolj časa. To potrjuje tudi Kersnik (2003), ki poudarja, da na zadovoljstvo vplivata predvsem odnos zdravstvenih delavcev do pacienta in čas, ki ga posvečajo pacientu. Na področju zaupnosti gre izpostaviti zadovoljstvo glede zaupnega ravnanja z zdravstvenim kartonom in osebnimi podatki, natančnost pri obravnavi zdravstvenih težav, način pregleda, pomoč k boljšemu počutju ter hitro lajšanje težav oz. simptomov. S tem se strinjata tudi Gorenak in Goričan (2011), ki pravita, da pacienti kakovost zdravstvenih storitev oz. zadovoljstvo povežejo predvsem z vedenjem zdravstvenega osebja, kamor spadajo prijaznost, pravočasnost, medsebojni odnosi zdravstvenih delavcev, ter s strokovnostjo strokovnih delavcev. Tako so pacienti z obravnavo zadovoljni le, če temelji na razumevanju in zaupanju, kar morajo vzdrževati vsi zdravstveni delavci. Pri oceni vključevanja pacienta v tim ambulante družinske medicine pacienti v največji meri zadovoljstvo izražajo glede pomoči, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevajo nasvete, ki jih prejmejo od zdravstvenega osebja. Tudi Kersnik (1998) ugotavlja, da je zadovoljstvo pacientov z obravnavo neposredno povezano s tem, kako zdravstveni delavec sporoča svoje znanje in občutja ter kakšna so njegova pričakovanja. Kersnik (2003) meni, da na zadovoljstvo pacienta z obravnavo poleg odnosa

zdravstvenih delavcev in časa, ki mu ga zdravstveno osebje posveča, v veliki meri vpliva tudi organizacija dela v ambulanti, ki si prizadeva, da bi pacientom zmanjšala čakanje na obravnavo. Omenjeno se je izkazalo kot izjemno pomembno tudi pri pacientih, ki so bili vključeni v našo raziskavo. Tudi organizacija po njihovem mnenju igra pomembno vlogo, saj zadovoljstvo nad organizacijo tima ambulante družinske medicine povezujejo z dobro organizacijo in načinom obravnave ter pomočjo ostalega zdravstvenega osebja, ki sodeluje v ambulanti družinske medicine. Najzgovornejši podatek o zadovoljstvu pacientov pa je dejstvo, da bi medicinsko sestro iz raziskovane ambulante družinske medicine toplo priporočili tudi svojim prijateljem.

Najnižje ocene smo bili deležni na področju možnosti komuniciranja z ambulanto prek telefona. Na to ne moremo vplivati. Poleg administrativnega dela medicinske sestre še dodatno obremenjujejo telefonski pogovori s pacienti. Verjetno bi se veliko medicinskih sester strinjalo s trditvijo, da bi precejšen del njihovega delovnika lahko zavzelo že telefonsko naročanje pacientov, če ne bi omejili ur za naročanje. Veliko število klicev povzročita zasedenost in nedosegljivost telefonskih zvez, kar razumljivo pripelje do nezadovoljstva pacientov. Telefonske klice dnevno beležimo na 5–10 minut, pri čemer gre izpostaviti, da je omenjena situacija moteča pri našem delu, kliče pa imajo z dejstvom, da je linija večino časa zasedena, težave. Naslednja relativno nizka ocena se je pojavila na področju komunikacije, in sicer kako pacientu razložimo, kaj ga čaka ob napotitvi. Kljub neskončnemu viru informacij s strani številnih medijev, prek katerih pacienti črpajo informacije, je očitno, da bomo v prihodnje morali več časa posvetiti osebni razlagi in pogovoru. S tem se bomo izognili tudi nesporazumom in interpretaciji napačnih razlag, ki jih pacienti prek omenjenih virov informacij prejmejo.

Hipoteza 1: Povprečni krvni tlak pacientov z arterijsko hipertenzijo je po uvedbi ambulant družinske medicine nižji.

Hipotezo lahko popolnoma potrdimo, saj so povprečne vrednosti krvnega tlaka pacientov, ki imajo arterijsko hipertenzijo, od leta 1999 (pred uvedbo ambulant družinske medicine) do 2017 (po uvedbi ambulant družinske medicine) vidno padale. Povprečne vrednosti krvnega tlaka so leta 2017 dosegle celo ciljne vrednosti urejenega krvnega tlaka (RR < 140/90 mmHg).

Hipoteza 2: Pacienti z arterijsko hipertenzijo so zelo zadovoljni z delom medicinske sestre v ambulanti družinske medicine.

Tudi drugo hipotezo lahko na podlagi dobljenih rezultatov potrdimo, saj so pacienti z arterijsko hipertenzijo z delom medicinske sestre v ambulanti družinske medicine zelo zadovoljni. Pogrešajo namreč le lažji stik z ambulanto ter še nekoliko več osebnega stika in razlag.

6 ZAKLJUČEK

Raziskava predstavljena v diplomski nalogi je eden redkih poizkusov preverjanja rezultatov dela po novi metodologiji in natančno izdelanih protokolih, kot to velja za ambulante družinske medicine. Dodana vrednost vsebine dela splošnih ambulant z vsebinami, ki jih obvlada diplomirana medicinska sestra, je bila pričakovano pozitivna.

Zaenkrat ni bilo zaslediti večjih raziskav, ki bi zgoraj omenjeno vrednost ambulant družinske medicine potrdile in vizijo ter cilje projekta tudi podkrepile. Vsaka ambulanta družinske medicine lahko sicer samostojno spremlja kazalce kakovosti svojega dela, vendar kljub temu manjka raziskav in primerjav med rezultati dela različnih ambulant, ki so pridobile status referenčne ambulante (zdajšnje ambulante družinske medicine) že pred 7 leti in ambulantami, ki šele utirajo pot dela po protokolih dela ambulant družinske medicine.

Pričujoča diplomska naloga je primer poizkusnega prikaza spodbudnih rezultatov v upanju, da bi v prihodnje sprožili val raziskav na različnih ravneh, ki bi potrdile upravičenost in smiselnost projekta ambulant družinske medicine – izboljšati kakovost dela in izide oskrbe. Menimo, da je odlično izhodišče za nadaljnje raziskave, ki bi na osnovi znanstvene metodologije, temelječe na statistični metodologiji, podkrepile naše rezultate.

7 VIRI

- Accetto, R., Dobovišek, J., Dolenc, P. in Salobir, B. (2004). Slovenske smernice za obravnavo arterijske hipertenzije. *Zdravniški vestnik*, 73(6), 507–517.
- Accetto, R., Žemva, A. in Dolenc, P. (2001). Nadzor hipertenzije v republiki Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 70(5), 279 – 283.
- Ahčin, J. (2004). Zavzetost bolnikov z arterijsko hipertenzijo za zdravljenje. *Zdravniški vestnik*, 73(2), 69–72.
- Bedenčič, K., Berlot, B. in Žižek, B. (2011). Pomen zgodnjih kliničnih in biokemičnih sprememb pri esencialni arterijski hipertenziji. *Medicinski razgledi*, 50(3), 245–260.
- Bishoff, A. (2009). Communicating With Foreign Language-Speaking Patients: Is Access to Professional Interpreters Enough?. *Journal of Travel Medicine*, 17(1), 15 – 20.
- Car, J. in Švab, I. (1998). Medicinska sestra v družinski medicini. *Obzornik zdravstvene nege*, 32(1/2), 47–49.
- Clark, C. E, Smith, L. F, Taylor, R. S. in Campbell, J. L. 2010. Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 341, 3995.
- Coresh, J., Wei, GL., McQuillan, G., Brancati, FL., Levey, AS., Jones, C. et al. Prevalence of high blood pressure and elevated serum creatinine level in the United States: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (1988-1994). *Archives of Internal Medicine*, 161, 1207 – 1216.
- Dolenc, P. (2008). Arterijska hipertenzija – tihi ubijalec. *Kakovostna starost*, 11(2), 3–9.
- Drinovec, J., Ferk, P., Leskošek, B., Pajntar, M. in Pal, M. (2011). Pulzni tlak pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo v Sloveniji. *Acta medico-biotechnica*, 4(2), 11–17.
- Eržen, B., Gradišek, P. (1996). Spremembe žilne stene in sestave krvi pri arterijski hipertenziji. *Medicinski razgledi*, 35(2), 163 – 195.
- Ettehad, D., Emdin, C.A., Kiran, A., Anderson, S.G., Callender, T., Emberson, J., Chalmers, J., Rodgers, A. in Rahimi, K. (2016). Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387, 957 – 967.

- Ferk, P., Leskošek, B. in Pal, M. (2011). Poraba antihipertenzivnih zdravil v Sloveniji in primerjava z Norveško. *Zdravniški vestnik*, 80(5), 386–394.
- Gorenak, I. in Goričan, A. (2011). Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvu – primer zdravstvenega doma Šmarje pri Jelšah. *Zdravstveno varstvo*, 50(3), 175–184.
- Govc Eržen, J., Čuš, B. in Vračko, P. (2017). Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. V Govc Eržen, J. In Petek-Šter, M. (ur). Referenčne ambulante družinske medicine – opis projekta (str. 26–30). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Gričar, M. (2009). Arterijska hipertenzija: Visoki tlak je tihi ubijalec. *Dr. revija za aktualna zdravstvena stanja*, 11(9), 21.
- International Council of Nursing (ICN). (2008). *Promoting Health: Advocacy Guide For Health Professionals*. Pridobljeno 28. 9. 2018 s http://www.whpa.org/PPE_Advocacy_Guide.pdf
- International Council of Nursing (ICN). (2018a). *Promoting Health: Advocacy Guide For Health Professionals*. Pridobljeno 26. 9. 2018 s http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/ICNNEW-28%203%202010.pdf
- International Council of Nursing (ICN). (2018b). *The ICN Code of Ethics For Nurses*. Pridobljeno 30. 8. 2018 s http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- Kadivec, S., Skela-Savič, B., Kramar, Z., Zavrl-Džananović, D. in Bregar, B. (2013). Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), 97 – 112.
- Kersnik, J. (1998). *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD.
- Kersnik, J. (2003). *Bolnik v slovenskem zdravstvu: monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
- Kersnik, J., Klemenc-Ketiš, Z., Smogavec, M. in Softič, N. (2011). Ocena pogostosti kroničnih bolezni med polnoletnimi prebivalci Slovenije. *Zdravstveno varstvo*, 50(3), 185–190.
- Klančar, D. (2005). Register kroničnih bolnikov kot orodje za izboljšanje kakovosti zdravnikovega dela. V J. Kersnik (ur.), *Kronična bolečina, hiperlipidemije,*

- menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje: zbornik predavanj / VII. Fajdigovi dnevi, Kranjska Gora, 14.–15. oktober. 2005 (str. 57–61). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
- Klemenc-Ketiš, Z., Kravos, A., Poplas-Susič, T., Švab, I. in Kersnik, J. (2014). New tool for patient evaluation of nurse practitioner in primary care settings. *Journal of clinical nursing*, 23(9–10), 1323–1331.
- Klemenc, M. (2001). Aktivnost avtonomnega živčnega sistema in diastolična disfunkcija levega prekata pri mladih hipertonikih. *Zdravniški vestnik*, 70(11), 627–635.
- Kramar, Z. (2011). Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020. *The Unlimited World Of Microbes*, 45(3), 169–171.
- Kregelj, L. (2015). Izkušnja doživljanja kronične bolezni in strategije soočanja z njo. *Družboslovne razprave*, 31(78), 41–59.
- MacGill, M. (2017). *Everything you need to know about hypertension*. Pridobljeno 10. 9. 2018 s <https://www.medicalnewstoday.com/articles/150109.php>
- Mancia, G., idr. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 31(7), 1286–1287.
- Maze, H. (2012). Zdravstvena nega in raziskovanje. Skripta predavanj za študijsko leto 2012/2013. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
- Pečelin, S. in Sočan, M. (2016). Referenčne ambulante. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), 157–162.
- Petek-Šter, M. in Švab, I. (2007). Nadzor krvnega tlaka pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo v Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 76(6), 397 – 403.
- Petek-Šter, M. (2012). Epidemiologija in smernice zdravljenja kroničnih bolezni. *Farmacevtski vestnik*, 63(4), 205–210.
- Petek-Šter, M. in Šter, B. (2015). Pomen izobraževanja diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), 52–59.
- Petek-Šter, M. (2017). Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. V Govc Eržen J. In Petek-Šter, M. (ur.), Arterijska hipertenzija (str. 127). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Poplas-Susič, T., Kersnik, J. in Švab, I. (2013). Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 82(10), 635–647.

- Potočnik, Š. in Lorber, M. (2012). Življenjske navade pacientov z arterijsko hipertenzijo v domačem okolju. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(3), 245–250.
- Rakovec-Felser, Z. (2014). Kronični bolnik in njegovo sodelovanje med zdravljenjem. *Farmaceutski vestnik*, 65(2), 177–186.
- Referenčne ambulante družinske medicine – Projekt Ministrstva za zdravje. (2011). Pridobljeno 28. 10. 2018 s <http://www.referencna-ambulanta.si/>
- Rimoldi, S.R., Scherrer, U. in Messerli, F. (2014). Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? *European Heart Journal*, 35, 1245–1254.
- Škorić, S. (2010). Zdravstvena vzgoja bolnika z visokim krvnim tlakom, primer dobre prakse. V T. Štemberger Kolnik in M. Dvoršak (ur.), Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: Zbornik predavanj z recenzijo / 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije, Portorož, 12. maj 2010 (str. 97 – 101). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Trobec, I. (2010). Kronične bolezni – izziv za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(1), 1–2.
- Vodopivec Jamšek, V. (2013). Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulanti družinske medicine. *Zdravniški vestnik*, 82(11), 711–717.
- Voljč, B. (2008). Kaj so kronične nenalezljive bolezni in kaj lahko storimo za njihovo preprečevanje, nadziranje in zdravljenje?. *Kakovostna starost*, 11(1), 3–10.
- Vukan, V. (2013). Arterijska hipertenzija. *Farmaceutski vestnik*, 64(1), 3–10.
- World Anti-Doping Program. (2011). *Medical Information to Support the Decisions of TUECs: Arterial Hypertension*. Pridobljeno 25. 8. 2018 s http://www.antidoping.sk/images/data/tue/ochorenia/wada-arteri%C3%A1lna_hypertenzia.pdf
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (2016). Uradni list RS, št. 024-20/2016/101 (21. 12. 2017). Pridobljeno 26. 10. 2018 s http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Dopis_Preimenovanje-v-ADM.pdf
- Željko, T., Trojar, A. in Žižek, B. (2007). Zgodnje funkcijske spremembe levega prekata pri esencialni arterijski hipertenziji. *Medicinski razgledi*, 46(1), 3–17.
- Žižek, B. (2007). Esencialna arterijska hipertenzija – okvare tarčnih organov in pomen njihovega zgodnjega odkrivanja. *Medicinski razgledi*, 46(2), 133–149.

PRILOGA 1

Ministrstvo za zdravje

Projekt Referenčne ambulante

Kakšno je vaše mnenje o referenčni ambulanti družinske medicine, ki ste jo obiskovali v letu 2017/2018?

Uvod

Menimo, da ste Vi, bolnik, zelo pomemben udeleženec zdravstvene oskrbe. Radi bi upoštevali vaše mnenje pri izboljšanju kakovosti oskrbe v našem zavodu. Vaš zdravnik se je strinjal, da vas lahko prosimo, da izpolnite ta vprašalnik. Vi ste eden izmed izbranih bolnikov, ki jih prosimo za mnenje. Prosimo, da ogovorite na vsa vprašanja.

Podatki, ki nam jih boste zaupali, bodo ostali anonimni in jih bomo uporabili samo za raziskovalne namene. Na enak vprašalnik je v Evropi odgovorilo že preko 80.000 bolnikov in preko 8.000 v Sloveniji. Če ne želite sodelovati v raziskavi ali imate kakršnekoli druge zadržke, vrnite neizpolnjeno anketo na priloženi naslov ali svojemu zdravniku.

V tem vprašalniku Vas prosimo, da ocenite kakovost oskrbe, ki ste je bili Vi deležni pri svojem osebem zdravniku (izbranem zdravniku) oz. diplomirani medicinski sestri v tej ambulanti v zadnjih 12 mesecih in po današnjem obisku.

Vse podatke, ki nam jih boste dali, bomo obravnavali zaupno. Ker je anketa anonimna, Vas ne sprašujemo po Vašem imenu, zato se Vam ne moremo osebno zahvaliti in se Vam zato zahvaljujemo že vnaprej.

Prosimo, da se prepričate, ali ste odgovorili na vsa vprašanja, in da pri vsakem vprašanju označite samo en odgovor.

Pri naslednjih vprašanjih obkrožite številko, ki najbolj ustreza vašemu mnenju oz. kako ocenjujete delo Vašega zdravnika in njegovih sodelavcev.

Primer:

Če menite, da se trditev, da Vam je Vaš zdravnik v zadnjih 12 mesecih med obiski pri njem dajal občutek, da imate dovolj časa za razlago svojih težav, prav dobro ujema z Vašimi izkušnjami, obkrožite številko 4 v stolpcu pod številko 4.

<i>Kakšno je Vaše mnenje o zdravniku, diplomirani Zelo medicinski sestri in ostalem v referenčni ambulanti v slabo zadnjih 12 mesecih glede na to, ...</i>		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Odlično</i>
<i>1</i>	<i>ali Vam je med obiskom dajal(a) občutek, da imate dovolj časa za posvet?</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	

<i>Kakšno je Vaše mnenje o zdravniku, diplomirani Zelo medicinski sestri in ostalim v referenčni ambulanti v slabo zadnjih 12 mesecih glede na to, ...</i>		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Odlično</i>
1	ali Vam je med obiskom dajal(a) občutek, da imate dovolj časa za posvet?	1	2	3	4	5	
2	ali se je zanimal(a) za Vaše osebne razmere?	1	2	3	4	5	
3	ali Vam je olajšal(a), da ste mu/ji povedali o svojih težavah?	1	2	3	4	5	
4	ali Vas je vključil(a) v odločanje o Vašem zdravljenju?	1	2	3	4	5	
5	ali Vas je poslušal(a)?	1	2	3	4	5	
6	ali je zaupno ravnal(a) z Vašim zdravstvenim kartonom in vašimi osebnimi podatki?	1	2	3	4	5	
7	ali je poskrbel(a) za hitro olajšanje Vaših težav (simptomov)?	1	2	3	4	5	
8	ali Vam je pomagal(a) k boljšemu počutju, tako da lahko opravljate svoje vsakdanje dejavnosti?	1	2	3	4	5	
9	ali je bil natančen(na) pri obravnavi Vaših zdravstvenih težav?	1	2	3	4	5	
10	kako Vas je pregledal(a)?	1	2	3	4	5	
11	ali Vam je ponudil možnost preventivnih ukrepov (tj. sistematski pregled, preventivni pregled, cepljenje)?	1	2	3	4	5	
12	ali Vam je razložil(a) namen pregledov, preiskav in	1	2	3	4	5	

	zdravljenja?					
13	ali Vam je povedal(a) dovolj podrobno, kar ste želeli vedeti o svojih simptomih in/ali bolezni?	1	2	3	4	5
14	ali Vam je pomagal(a) premagovati čustvene težave v zvezi z vašim zdravstvenim stanjem?	1	2	3	4	5
15	ali Vam je pomagal, da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate njegove/njene (zdravnikove) nasvete?	1	2	3	4	5
16	ali je vedel(a), kaj Vam je naredil(a) ali povedal(a) med prejšnjimi obiski pri zdravniku?	1	2	3	4	5
17	ali Vas je pripravil(a) na to, kaj lahko pričakujete od pregleda in zdravljenja pri specialistu ali v bolnišnici oz. pri drugih izvajalcih (npr. fizioterapija)?	1	2	3	4	5
18	kako so Vam bili v pomoč ostali sodelavci v referenčni ambulanti družinske medicine (ne zdravnik(ca))?	1	2	3	4	5
19	ali ste dobili termin za pregled ali prišli na vrsto tako, kot vam je ustrezalo?	1	2	3	4	5
20	ali ste zlahka dobili telefonsko zvezo z ambulanto?	1	2	3	4	5
21	ali ste s svojim zdravnikom lahko govorili po telefonu?	1	2	3	4	5
22	koliko časa ste na pregled čakali v čakalnici?	1	2	3	4	5
23	ali vam je na razpolago hitra pomoč v nujnih primerih?	1	2	3	4	5

Pri naslednjih vprašanjih obkrožite številko, ki najbolj ustreza vašemu mnenju!

		Nikakor se ne strinjam	Ne strinjam se	Ne za/ ne proti	Strinjam se	Močno se strinjam
24	Svojega zdravnika splošne medicine lahko toplo priporočam svojim prijateljem.	1	2	3	4	5
25	Nikakršnega razloga nimam, da bi razmišljal(a) o zamenjavi svoje(ga) zdravnice(ka) splošne medicine.	1	2	3	4	5
26	Želim si, da bi imel(a)/da bi si vzel(a)/ moj zdravnik(ca) zame več časa.	1	2	3	4	5
27	Z zadnjim obiskom pri zdravniku(ci) sem bil(a) zelo zadovoljen(a).	1	2	3	4	5
28	Diplomirano medicinsko sestro iz te ambulante lahko toplo priporočam svojim prijateljem.	1	2	3	4	5
29	Z organizacijo in načinom obravnave v tej referenčni ambulanti sem zelo zadovoljen(-a).	1	2	3	4	5

Kakšno je vaše mnenje o <u>diplomirani medicinski sestri</u> v referenčni ambulanti družinske medicine v zadnjih 12 mesecih glede na to,...		Zelo slabo					Odlično
		1	2	3	4	5	
30	ali Vam je med obiskom dajal(a) občutek, da imate dovolj časa za posvet?	1	2	3	4	5	
31	ali se je zanimal(a) za Vaše osebne razmere?	1	2	3	4	5	
32	ali Vam je olajšal(a), da ste mu/ji povedali o svojih težavah?	1	2	3	4	5	
33	ali Vas je vključil(a) v odločanje o Vašem zdravljenju?	1	2	3	4	5	
34	ali Vas je poslušal(a)?	1	2	3	4	5	
35	ali je zaupno ravnal(a) z Vašim zdravstvenim kartonom in Vašimi osebnimi podatki?	1	2	3	4	5	
36	ali je poskrbel(a) za hitro olajšanje Vaših težav (simptomov)?	1	2	3	4	5	
37	ali Vam je pomagal k boljšemu počutju, tako da	1	2	3	4	5	

	lahko opravljate svoje vsakdanje dejavnosti?					
38	ali je bil natančen pri obravnavi vaših zdravstvenih težav?	1	2	3	4	5
39	kako Vas je pregledal(a)?	1	2	3	4	5
40	ali Vam je ponudil(a) možnost preventivnih ukrepov (tj. sistematski pregled, preventivni pregled, cepljenje)?	1	2	3	4	5
41	ali Vam je razložil(a) namen pregledov, preiskav in zdravljenja?	1	2	3	4	5
42	ali Vam je povedal(a) dovolj podrobno, kar ste želeli vedeti o svojih simptomih in/ali bolezni?	1	2	3	4	5
43	ali Vam je pomagal(a) premagovati čustvene težave v zvezi z Vašim zdravstvenim stanjem?	1	2	3	4	5
44	ali Vam je pomagal(a), da bi razumeli pomembnost tega, da upoštevate njegove/njene (dipl. med. sestre) nasvete?	1	2	3	4	5
45	ali je vedel(a), kaj Vam je naredil(a) ali povedal(a) med prejšnjimi obiski pri zdravniku?	1	2	3	4	5

Ali se vam po današnjem obisku pri vašem zdravniku splošne medicine zdi, ...		Veliko bolje	Bolje	Enako	Slabše	Veliko slabše
		5	4	3	2	1
46	da boste po tem v življenju sposobni shajati ...	5	4	3	2	1
47	da sedaj vašo bolezen/stanje razumete ...	5	4	3	2	1
48	da boste odslej svojo bolezen obvladali ...	5	4	3	2	1
49	da se boste v prihodnje obdržali pri zdravju ...	5	4	3	2	1
50	da boste odslej v svoje zdravje prepričani ...	5	4	3	2	1
51	da si boste odslej lahko pomagali sami ...	5	4	3	2	1

V nadaljevanju so našeta vprašanja o vas in vašem zdravstvenem stanju, ki nam bodo pomagala razumeti Vaše odločitve. Prosimo, da jih prav tako izpolnite.

52. Koliko minut ste čakali v čakalnici ob zadnjem obisku?

_____ minut

53. Koliko minut ste bili pri zdravniku v ambulanti ob zadnjem obisku?

_____ minut

54. Kolikokrat ste v zadnjih 12 mesecih obiskali to ambulanto? _____-krat.

55. Ali imate resnejšo (kronično) bolezen ali stanje (invalidnost), ki traja več kot 3 mesece?

da ne

Prosimo označite s kljukico (√)!

56. Ali ste: Moški. Ženska. Prosimo, obkrožite.

57. Katerega leta ste rojeni? 19_____

58. **Najvišja stopnja izobrazbe, ki ste jo uspešno zaključili.** Prosimo, označite s kljukico (√):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brez/nedokončana osnovna šola. | <input type="checkbox"/> Srednja šola. |
| <input type="checkbox"/> Osnovna šola. | <input type="checkbox"/> Višja ali visoka šola, magisterij, doktorat. |
| <input type="checkbox"/> Poklicna šola. | |

59. **Ali nam lahko, prosimo, zaupate ali ste**

- zaposleni (imate službo)
- družinski član (niste v službi)
- na čakanju
- študent(ka)/dijak(inja)
- brezposelni
- drugi: _____

Prosimo, označite s kljukico (✓)!

		Da	Ne
60	Ali ste v preteklem letu (2017/2018) zamenjali svojega osebnega zdravnika družinske/splošne medicine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	Ali nameravate v bližnji prihodnosti zamenjati svojega osebnega zdravnika družinske/splošne medicine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	Ali je bil vaš osebni zdravnik v preteklem letu (2017/2018) pri Vas na hišnem obisku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Ali Vas je moral v preteklem letu (2017/2018) obiskati kak drug zdravnik družinske/splošne medicine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Ali ste v preteklem letu (2017/2018) potrebovali nujno pomoč zdravnika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Ali ste se v preteklem letu (2017/2018) zdravili tudi pri specialistu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	Ali ste se v preteklem letu (2017/2018) zdravili tudi v bolnišnici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	Ali ste v preteklem letu (2017/2018) obiskali dežurnega zdravnika – dežurno ambulanto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Ali ste v preteklem letu (2017/2018) imeli težave z Vašim zdravjem, vendar zaradi njih <u>niste</u> obiskali zdravnika in ste se zdravili sami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	Ali ste v preteklem letu (2017/2018) obiskali kiropraktika, homeopata ali drugega nekonvencionalnega zdravilca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prosimo, napišite svoje pripombe, pobude, pohvale, pritožbe in predloge v zvezi s svojim zdravnikom, ambulanto, zdravstvenim domom in drugim, kar se tiče vašega zdravljenja.

Prosimo, preverite, če ste odgovorili na vsa vprašanja!

Prosimo, vrnite ta vprašalnik medicinski sestri, ga vrzite v nabiralnik v čakalnici ali nabiralnik za pohvale in pritožbe.

HVALA ZA VAŠO POMOČ. VAŠI ODGOVORI NAM BODO POMAGALI, DA BI VAM IN DRUGIM BOLNIKOM NUDILI ŠE BOLJŠO OSKRBO.

PRILOGA 2

SOGLASJE AVTORICE VPRAŠALNIKA O ZADOVOLJSTVU PACIENTOV V REFERENČNI AMBULANTI
DRUŽINSKE MEDICINE ZA IZVEDBO RAZISKAVE

Avtorica ankete: (ime in priimek):

ZALIVA ULEHENC UETIŠ

Kontaktna oseba s katero se dogovorim za uporabo vprašalnika za izvedbo raziskave o zadovoljstvu
pacientov : (ime in priimek):

ZALIVA ULEHENC UETIŠ

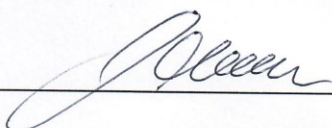
Telefon in elektronski naslov:

041 516 067, polilka.ulemene@um.si

Izvedbo raziskave v referenčni ambulanti z uporabo vprašalnika o zadovoljstvu pacientov v referenčni
ambulanti: (ustrezno obkroži)

- a.) Dovolim v času med 1.7.2018 in 30.7.2018.
- b.) Ne dovolim.

Podpis avtorice vprašalnika o zadovoljstvu pacientov v referenčni ambulanti:



Kraj in datum: Cerknica, 30.6.2018

PRILOGA 3

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Referenčna ambulanta: Zavod za zdravstvene dejavnosti in svetovanje eVITA

Odgovorna oseba zavoda (ime in priimek):

ZAD KLANČAR

Kontaktna oseba v zavodu s katero se dogovorim za izvedbo raziskave (ime in priimek):

DARIJKA KLANČAR

Telefon in elektronski naslov:

041/706-973 ; DARIJKA.KLANČAR@SIOL.COM

Izvedbo raziskave v referenčni ambulanti z anketiranjem pacientov (ustrezno obkroži):

- a.) Dovolimo v času med 1.07.2018 in 30.07.2018.
b.) Ne dovolimo.

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda:



Kraj in datum: Cerknica 30.06.2018


PRILOGA 4


IZJAVA O LEKTORIRANJU

Zaključno nalogo z naslovom: ZDRAVSTVENO NEGOVALNA OBRAVNAVA
PACIENTA Z ARTERIJSKO HIPERTENZIJO V AMBULANTI DRUŽINSKE
MEDICINE

avtoriceSAMANTE MITROVIĆ.....
(ime in priimek)

je lektoriralaKSENIJA PEČNIK, PROF. SLOV. JEZIKA.....
(ime in priimek)

Podpis lektorice zaključne naloge:.....

Podpis avtorja/ice zaključne naloge:.....

Kraj in datum: Orehova vas, 26. 11. 2018