

# Mišljenja bolesnika s arterijskom hipertenzijom o čimbenicima koji utječu na provođenje preporučenog liječenja

---

Maćešić, Birgitta

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:664808>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-18**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**MEDICINSKI FAKULTET**  
**SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Birgitta Maćešić**

**Mišljenja bolesnika s arterijskom hipertenzijom**  
**o čimbenicima koji utječu na**  
**provođenje preporučenog liječenja**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2016.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**MEDICINSKI FAKULTET**  
**SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Birgitta Maćešić**

**Mišljenja bolesnika s arterijskom hipertenzijom  
o čimbenicima koji utječu na  
provođenje preporučenog liječenja**

**DIPLOMSKI RAD**

**Zagreb, 2016.**

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za obiteljsku medicinu, Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc. dr. sc. Goranke Petriček, dr. med., spec. obiteljske medicine i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015./2016.

## POPIS KRATICA

OM – obiteljska medicina

LOM – liječnik obiteljske medicine

AH – arterijska hipertenzija

KVB – kardiovaskularne bolesti

BMI – body mass index – indeks tjelesne mase

TT – tjelesna težina

## SADRŽAJ

### 1. SAŽETAK

### 2. SUMMARY

3. UVOD.....	1
3.1 Hipertenzija.....	1
3.2 Liječenje hipertenzije.....	2
3.3 Kako poboljšati adherenciju bolesnika.....	4
3.4 Medicinska sestra u poticanju adherentnosti bolesnika.....	5
4. HIPOTEZA.....	7
5. CILJEVI RADA.....	8
6. ISPITANICI I METODE.....	9
6.1. Ispitanici.....	9
6.2. Metodologija kvalitativnog istraživanja.....	13
7. REZULTATI.....	15
8. RASPRAVA.....	41
9. ZAKLJUČAK.....	47
10. ZAHVALA.....	50
11. LITERATURA.....	51
12. ŽIVOTOPIS.....	54
13. PRILOZI.....	55

## 1. SAŽETAK

### **Mišljenja bolesnika s arterijskom hipertenzijom o čimbenicima koji utječu na provođenje preporučenog liječenja**

Birgitta Maćešić

**Cilj:** Istražiti i opisati iskustvo bolesnika oboljelih od arterijske hipertenzije o čimbenicima koji utječu na provođenje preporučenog liječenja.

**Ispitanici i metode:** Kvalitativno istraživanje metodom fokus grupa, provedeno je u travnju i svibnju 2016. godine. Ispitanici su namjernim odabirom prikupljeni s liste pacijenata dva liječnika obiteljske medicine u Karlovcu (prim. dr. Mirice Rapić i dr. Blaženke Polović). Provedene su tri fokus grupe u kojima je sudjelovao 21 ispitanik.

**Rezultati:** Kvalitativnom analizom podataka na principima utemeljene teorije, proizišle su četiri glavne teme: 1. Spoznaja da imam hipertenziju rezultirala je konceptom da hipertenzija nije ozbiljna bolest jer je najčešće otkrivena slučajno, bez prisutnih simptoma, pa se bolesnici nisu jako uplašili. 2. Promjene uzrokovane bolešću usmjerene su na pokušaj promjene prehrane i pojačane fizičke aktivnosti, dok je prestanak pušenja bio najuspješniji. U liječenju hipertenzije bolesnici su više usmjereni uzimanju lijekova nego promjeni loših životnih navika. 3. Adherentnost na propisano liječenje uključuje osobnost bolesnika, utjecaj medicinskog osoblja, okoline, zajednice i medija, a posebno je naglašena važnost dobrog motiva. 4. Očekivanja od izabranog LOMa i medicinske sestre su usmjerena na dostupnost, njegovanje individualnog, empatičnog pristupa u konzultacijama koje potiču pozitivne promjene.

**Zaključak:** Bolesnici su istaknuli tendenciju posustajanja provođenja preporučenih promjena tijekom vremena, te su izrazili potrebu za opetovanim savjetovanjem i poticanjem u cilju nastavka provođenja istih. Istaknuli su važnost individualnog pristupa u konzultaciji kao i važnost pronalaženja motiva kod svakog bolesnika. Medicinsko osoblje najbolju poruku pokazuje svojim ponašanjem u provođenju preporuka. Istaknuta je potreba za timskim radom LOMa i medicinske sestre na jednom problemu, uz zapisivanje ključnih poruka konzultacije naročito kod starijih bolesnika. Sve to može poboljšati adherentnost bolesnika u provođenju preporučenih promjena.

**Ključne riječi:** hipertenzija, promjene, adherentnost, medicinska sestra

## 2. SUMMARY

### **Arterial hypertension patients' opinions on factors affecting the implementation of recommended treatment**

Birgitta Maćešić

**Aim:** Investigate and describe the experience of patients with hypertension on factors that affect the implementation of the recommended treatment.

**Subjects and methods:** Qualitative research using focus groups, was conducted in April and May 2016. Respondents intentionally selecting from the list of patients collected two family physicians in Karlovac (prim. Dr. Mirice Rapić and Dr. Blaženke Polović). Conducted three focus groups in which 21 participants took part.

**Results:** Qualitative analysis of data on the principles of grounded theory, were derived four main subjects. 1. Cognition to have hypertension were resulted to the concept that hypertension is not a serious disease because it is most often discovered accidentally, without the presence of symptoms, the patients were not very scared 2. Changes caused with disease are focused on trying to change the diet and increased physical activity, and stopping smoking was the most successful. In the treatment of hypertension patients are more directed to drug therapy than changing bad habits. 3. Adherence to prescribed treatment includes personality patients, the impact of the medical staff, the environment, the community and the media, and particularly highlighted the importance of good motives 4. Outlook of selected family doctors and nurses are focused on availability, individual, empathic approach in consultation that encourage change.

**Conclusion:** Patients are highlighted the tendency of slackening implementing recommended changes over time, and expressed the need for repeated consultation and encouraging in order to continue the implementation of the same. They stressed the importance of an individual approach to consultation and the importance of finding a motive for each patient. Medical personnel best message shows with their behavior in the implementation of the recommendations. The need for teamwork doctore and nurse on one issue, with recording of key messages consultation especially in elderly patients. All this can improve the adherence of patients to the implementation of the recommended changes.

**Key words:** hypertension, changes, adherence, nurse



### 3. UVOD

#### 3.1. Hipertenzija

Arterijska hipertenzija (AH) je stanje trajno povišenoga krvnog tlaka iznad 140/90 mmHg i glavni je nezavisni čimbenik rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti (KVB). Promjenjivi čimbenici kardiovaskularnog rizika na koje možemo utjecati osim hipertenzije su pušenje, tjelesna neaktivnost, hiperlipidemija, pretilost (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>), abdominalna debljina (opseg struka kod muškarca > 102 cm, a u žena 88 cm). Nepromjenjivi čimbenici rizika su dob (muškarci > 55 g., a žene > 65 g.), nasljeđe, spol i rasa. Nepridržavanje zdravoga životnog stila, naročito debljina, pušenje, kao i hrana s visokim unosom soli, pridonose neodgovarajućoj regulaciji arterijskog tlaka.

Hipertenzija je vodeći javnozdravstveni problem današnjice kako u Hrvatskoj, tako i u cijelom svijetu. Usprkos svim naporima u prevenciji i liječenju, KVB su i dalje vodeći uzrok mortaliteta u Hrvatskoj. Prema posljednjim podacima za 2014. godinu KVB uzrokovale su smrt kod 47,43% umrlih osoba u Hrvatskoj. Promatrano po spolu, češće uzrokuju smrt kod žena (53,34%), nego kod muškaraca (41,31%). Pri tome je najviše umrlih od ishemijske bolesti srca (21,3%) i cerebrovaskularne bolesti (14,36%), dok su hipertenzivne bolesti zastupljene s 3,13% (HZJZ, 2016).

U Hrvatskoj je hipertenzija s udjelom od 26,4% vodeći čimbenik rizika za sveukupnu smrtnost prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije. Prema rezultatima iz „Hrvatske zdravstvene ankete“ koja je provedena 2003. godine u Hrvatskoj, 44,2% stanovništva ima hipertenziju. Od njih je 58,6% znalo za bolest, terapiju je uzimalo 48,4%, a samo 14,8% ispitanika imalo je dobro kontrolirani arterijski tlak. Ovi podaci upućuju na nužnost intenzivnijeg provođenja mjera primarne prevencije i promicanja zdravlja, kao i potrebe za redovitom kontrolom oboljelih (Hrabak Žerjavić i sur, 2010).

Na kontrolu arterijskog tlaka znatan utjecaj imaju i radni status i stupanj obrazovanja. Zaposleni s višim stupnjem obrazovanja imaju bolje reguliran tlak nego nezaposleni i umirovljenici. S porastom stupnja edukacije smanjuje se i kardiovaskularna smrtnost. Smatra se da obrazovanje

pomaže u razumijevanju rizika, što potiče provođenje zdravoga životnog stila. Kontrolu tlaka remeti i uzimanje prohipertenzivnih lijekova kao što su nesteroidni antireumatici, antidepresivi, kortikosteroidi ili estrogini. Istraživanja nadalje upućuju da je kontrola tlaka slabija i kod starijih te onih bolesnika koji koriste peroralne antidijabetike (Janjić Zovko, Rumboldt, 2015).

**Tablica 1. Udio ukupne smrtnosti u Hrvatskoj povezan s 10 vodećih čimbenika rizika u europskoj regiji 2002. godine.**

Čimbenik rizika	Udio smrtnosti (%)
Povišeni arterijski tlak	26,4
Pušenje	21,3
Visoki kolesterol	18,3
Visoki ITM	11,9
Tjelesna neaktivnost	6,9
Mali unos voća i povrća	5,2
Alkohol	4,1
Urbano zagađenje zraka	0,6
Rizično spolno ponašanje	0,6
Profesionalni kancerogeni	0,4

Izvor: Hrabak Žerjavić V i sur. „Epidemiologija hipertenzije, moždanog udara infarkta miokarda u Hrvatskoj“. Medix 2010, 16, 87/88, 102-7.

### 3.2. Liječenje hipertenzije

Dobra kontrola krvnog tlaka važan je čimbenik u prevenciji i liječenju KVB. Nažalost, usprkos napretku u medicinskim istraživanjima i novim terapijskim mogućnostima liječenja, velik udio bolesnika još uvijek nema na odgovarajući način reguliran krvni tlak. Jedan od razloga je i taj što je hipertenzija asimptomatska sve dok se ne razviju komplikacije. Cilj liječenja bolesnika s hipertenzijom je smanjenje kardiovaskularnog rizika, što onda dovodi do smanjenja morbiditeta i

mortaliteta. Sniženje sistoličkog tlaka za 10 mmHg smanjuje rizik od koronarne bolesti za približno četvrtinu, a rizik od moždanog udara za trećinu.

Liječenje hipertenzije započinje edukacijom o nefarmakološkim mjerama i usvajanjem „zdravih“ higijensko-dijetetskih navika. Savjetovanje uključuje prehranu prilagođenu bolesti, smanjenje unosa kuhinjske soli na manje od 5 g dnevno, redukciju tjelesne težine u pretilih, smanjenje unosa alkohola, prestanak pušenja cigareta i redovitu fizičku aktivnost primjerenu mogućnostima bolesnika. Te mjere učinkovito snizuju povišen krvni tlak u dobro motiviranih bolesnika stadija 1 ili 2, te mogu biti važnije od izbora antihipertenziva. Preporuka je da LOM i medicinska sestra trajnom edukacijom i poticanjem bolesnika na pozitivne promjene trajno utječu na stavove bolesnika za prihvaćanje zdravoga životnog stila. Individualno treba provjeriti uzroke slabije kontrole tlaka i ukazati na one mjere koje bolesnik može provoditi. Antihipertenzivni lijekovi primjenjuju se prema razini tlaka, ukupnom kardiovaskularnom riziku, komorbiditetima te stanjima koja kontraindiciraju primjeni pojedinog lijeka (Ivanuša, 2014).

Čimbenici koji utječu na pridržavanje preporučenog liječenja su:

- karakteristike samog bolesnika kao što su dob, spol, bračno stanje, religija, način života i zdravstvena uvjerenja
- obilježja bolesti poput kroničnosti i štetnih dugoročnih učinaka
- farmakološki aspekti liječenja poput nuspojave lijekova i doziranja lijekova
- odnos između pacijenata i članova zdravstvenog tima

Uključivanjem medicinske sestre povećava se suradljivost bolesnika, a mogućnost telefonske konzultacije pozitivno utječe na bolje pridržavanje preporučenih smjernica i bolju regulaciju bolesti (Raymundo, Pierin, 2014). Problem sa strane liječenja je neodgovarajuće i nepravovremeno korigiranje terapije (klinička inercija), a problem sa strane bolesnika je loša suradljivost/adherentnost.

### 3.3. Kako poboljšati adherentnost bolesnika?

Uspjeh liječenja ovisi o stručnoj kompetenciji medicinskog osoblja i učinkovitim lijekovima, kao i o pridržavanju bolesnika preporučenim uputama te pravodobnom i pravilnom uzimanju lijeka. Upravo je poticanje bolesnika da skrbi o svojem zdravlju ključno interesno područje liječnika obiteljske medicine, a obuhvaćeno je proučavanjem bolesnikove adherentnosti na preporučeno liječenje (Pendelton i sur, 2004). Tradicionalno korišten izraz suradljivost bolesnika (engl. *compliance*) uključuje ustrajnost da bolesnik redovito, često doživotno, uzima propisanu terapiju i adherenciju, odnosno pridržavanje, da svaki dan redovito uzima lijek kako je preporučeno. Danas se izraz adherentnost na liječenje češće koristi u odnosu na izraz suradljivost obzirom da naglašava bolesnikovu veću važnost i snagu u odnosu liječnik-bolesnik (Vermeire i sur, 2007). Bolesnikova niska adherentnost na liječenje narušava dobrobit medicinske skrbi i predstavlja staklno prisutan, kompleksan javnozdravstveni problem, posebno na području skrbi za kroničnog bolesnika (Vermeire i sur, 2007). Više opservacijskih studija ukazalo je lošu adherentnost u bolesnika s hipertenzijom.

Bolesnici oboljeli od kronične bolesti koji imaju izražene simptome (npr. kronična opstruktivna plućna bolest) sigurno će se bolje pridržavati uputa nego bolesnici oboljeli od hipertenzije koji često dugo nemaju nikakvih otežavajućih simptoma. Bolesniku koji ne osjeća tegobe teško je prihvatiti da vjerojatno doživotno mora uzimati lijekove. Još je teže ukoliko ti lijekovi imaju nuspojave poput kašalja, glavobolje, edema skočnih zglobova, erektilne disfunkcije, mučnine i slično, što zasigurno pridonosi slaboj suradljivosti bolesnika s hipertenzijom. Osim toga mnogi bolesnici od hipertenzije uzimaju i lijekove za druge bolesti, a potvrđeno je da se suradljivost smanjuje uzimanjem više lijekova.

Istraživanja upućuju da se adherentnost bolesnika može poboljšati na nekoliko načina. Ističe se važnost dobrog odnosa s bolesnikom. Bolesnika je potrebno detaljno, u skladu s njegovim mogućnostima, upoznati s hipertenzijom. Objasniti sve o bolesti, mogućim posljedicama, odgovoriti na sva pitanja koja ga brinu, razjasniti nejasnoće. Potrebno je istaknuti povoljan učinak liječenja koji sprečava i smanjuje komplikacije. Bolesnika treba upoznati s mogućom pojavom nuspojava, pažljivo bez plašenja. Objasniti mu raspored uzimanja lijekova, te ukoliko je moguće smanjiti učestalost uzimanja lijeka. Prednost fiksnim kombinacijama lijekova očituje se

u smanjuju broja tableta. Važno je bolesnika aktivno uključiti u liječenje, upoznati ga sa značenjem samokontrole arterijskog tlaka, kontrole tjelesne težine (TT), pravilne dijete. Korisno je bolesnicima uručiti pisane materijale ili zaključke – ključne poruke konzultacija. Danas postoje razni načini podsjećanja bolesnika na uzimanje lijekova (posebno pakiranje lijeka), usluga SMS (engl. *short message service*) lijeka kojom bolesnicima na mobilni telefon dolazi poruka kada moraju uzeti lijek (Pavlović i sur., 2007).

#### 3.4. Medicinska sestra u poticanju adherentnosti bolesnika

Da bi medicinska sestra pomogla u što boljoj regulaciji krvnog tlaka bolesnike je poželjno stalno ohrabrivati i poticati na provođenje potrebnih promjena u načinu života i striktno pridržavanje uputa o uzimanju propisanih lijekova. Učinkovitost lijeka zahtijeva znanje bolesnika o vremenu kada se lijek mora uzeti, količini lijeka i načinu primjene. Bolesnika moramo educirati da bi razumio učinke djelovanja lijeka, štetnost iznenadnog prekida te samovoljnog povećanja doze bez konzultacije s liječnikom. Treba mu pojasniti da ne smije uzimati duplu dozu ako je propustio uzeti jednu dozu lijeka. Opasnost predstavlja i uzimanje tuđih lijekova. Posebnu pažnju treba posvetiti terapijskim oblicima lijeka koji mogu izazvati različite nuspojave i alergijske reakcije (Vrabec, Babić, 2013).

Medicinska sestra u odnosu s bolesnikom treba poticati međusobne interakcije i pozitivne odnose koji zahtijevaju strpljenje, uzajamno prihvaćanje, poštovanje i učinkovitu komunikaciju. Dokazano je da bi naglasak na međuljudskim odnosima bio jedan od čimbenika koji bi osigurao bolju adherentnost u liječenju. Kontrola hipertenzije izazov je za bolesnike zbog potrebnih promjena načina života, a za zdravstvene djelatnike, posebno medicinske sestre, izazov je razvijanje strategije kako pojedincu pomoći da samostalno skrbi i pridržava se preporučene terapije (Moura, 2011).

U skrbi za bolesnike oboljele od hipertenzije, preporuka je da medicinska sestra sudjeluje u procesima izgradnje znanja bolesnika, potom kako koristiti tehnološke inovacije na uravnotežen način za obavljanje samozbrinjavanja na način koji najviše zadovoljava životni kontekst bolesnika. Potrebno je saznati i analizirati kontekst bolesnikova života i način na koji se nosi sa

izazovima, njegova tumačenja u vezi procesa liječenja hipertenzije, načina života i izbora liječenja. Treba imati na umu da obitelj, duhovnost i religija predstavljaju društvenu podršku koju treba uključiti u zbrinjavanje bolesnika (Fava, 2013).

O važnosti uključivanja medicinskih sestara u tretman hipertenzije govore brojna istraživanja u svijetu (Wright, 2011; Merwe. 2011), što upućuje na trajnu edukaciju medicinskih sestara s ciljem posljedično bolje edukacije hipertoničara te smanjenja komplikacija hipertenzije.

Nadalje, istraživanja pokazuju da oni zdravstveni djelatnici koji redovno provode fizičku aktivnost, koji se zdravo hrane, ne puše i umjereno konzumiraju alkohol, s većom ustrajnošću pružaju preporuke preporučenog ponašanja od onih koji ta ponašanja osobno ne provode. Posljedično, oni bolesnici kojima su te preporuke bile usmjerene više se pridržavaju istih (Fang, 2015).

Prema istraživanju koje je provedeno u Hrvatskoj patronažne sestre su procijenile da ispitanici često nisu primjerenom prepoznali vlastiti kardiovaskularni rizik te su nerado mijenjali svoje rizične navike. Iz kvalitativne analize dobivenih podataka razvijen je koncept pojedinca u začaranom krugu rizičnoga zdravstvenog ponašanja koji je određen niskom razinom motivacije i nepovoljnim osobnim obilježjima koji u međudjelovanju s nepodržavajućim društvenim okruženjem nepovoljno utječu na zdravstveno ponašanje. To onda dovodi do negativnih zdravstvenih ishoda koji ponovno negativno utječu na motivaciju i društveno okruženje bolesnika što zatvara krug (Andrić, 2012).

Visoka prevalencija hipertenzije uz razvoj komplikacija pridonose visokoj smrtnosti od KVB što se može umanjiti povećanjem suradnje svih dionika skrbi u kojoj vodeću ulogu ima sam bolesnik, uz stalno poticanje liječnika obiteljske medicine (LOM), medicinske sestre i patronažne sestre. Prema preporukama da se hipertenzija liječi u ordinacijama obiteljske medicine (OM), one su plodna mjesta za zdravstveno-odgojne aktivnosti, s ciljem promicanja zdravlja i prevencije bolesti. Brojna istraživanja naglašavaju potrebu nastavka istraživanja skrbi bolesnika od hipertenzije kako bi se ona unaprijedila, posebice s obzirom na njezine komplikacije i moguć razvoj KVB.

#### **4. HIPOTEZA**

Adekvatna edukacija bolesnika i međusobna suradnja između bolesnika, liječnika i medicinske sestre u postizanju željenoga krvnog tlaka je nedostatna.

## **5. CILJEVI RADA**

Opći cilj istraživanja:

Istražiti i opisati iskustvo bolesnika oboljelih od arterijske hipertenzije o čimbenicima koji utječu na provođenje preporučenog liječenja.

Specifični ciljevi istraživanja:

1. Istražiti i opisati stavove i mišljenja bolesnika o arterijskoj hipertenziji kao bolesti
2. Istražiti i opisati razloge neredovitog uzimanja lijekova/antihipertenziva
3. Istražiti i opisati očekivanja bolesnika od njegova liječnika i medicinske sestre



## 6. ISPITANICI I METODE

### 6.1 Ispitanici

Kvalitativno istraživanje metodom fokus grupa, provedeno je u travnju i svibnju 2016. godine. Uzorak ispitanika prikupljen je preko dva liječnika obiteljske medicine u Karlovcu (prim. dr. Mirice Rapić i dr. Blaženke Polović) nakon dobivenog odobrenja etičkog povjerenstva Doma zdravlja Karlovac. Bolesnici, ispitanici u ovom istraživanju, odabrani su metodom namjernog uzorkovanja s liste pacijenata navedenih liječnika, vodeći se slijedećim kriterijima za odabir: trajanje arterijske hipertenzije dulje od dvije godine, posjedovanje karakteristike dobrog informatora, uz potrebu da se međusobno razlikuju po dobi, spolu i preporučenoj terapiji. Isključni kriterij bilo je kognitivno oštećenje, odnosno neposjedovanje karakteristike dobrog informatora.

Bolesnicima koji su bili voljni sudjelovati u istraživanju uručen je poziv sa obavijestima o istraživanju. Objašnjena im je svrha i način istraživanja, kriteriji odabira, zagarantirana anonimnost te dana obavijest o ispitivaču. Podaci su prikupljeni u ordinaciji izabranog liječnika. Prije početka snimanja bolesnici su dali pisani pristanak o dobrovoljnom sudjelovanju u istraživanju. Uključivanjem diktafona započelo je snimanje diskusija fokus grupa. Korištena su četiri pitanja otvorenog tipa te dodatna potpitanja (Tablica 2). Ispitanici su imali mogućnost iznijeti svoj doživljaj života s hipertenzijom i probleme s kojima se susreću pri uzimanju terapije i pridržavanju preporučenih smjernica. Nisu bili poticani otkrivati ono što ne žele, a ponuđeno im je da se nakon snimanja izbrišu oni dijelovi diskusije za koje nisu voljni da se objavi. Identitet osiguranika ostao je anonimn. Po završetku snimanja diskusije ispitanici su ispunili upitnik „Opći podaci o ispitanicima i bolesti“. Od 29 ispitanika koji su odabrani za sudjelovanje u istraživanju, njih 21 pristalo je sudjelovati u istraživanju (odaziv 72,4%). Održane su tri fokus grupe koje su održane od 30. 04. 2016. do 20. 05. 2016. Svaka fokus grupa susrela se samo jedanput. Pred ispitanike su iznešene izjave i pitanja otvorenog tipa (Tablica 2) na koje su slobodno iznosili svoja mišljenja i stavove. U tri održane fokus grupe postignuta je zasićenost podataka.

Sudjelovalo je 11 žena i 10 muškaraca, u rasponu od 49 do 83 godine. Većina bolesnika bili su umirovljenici i u braku. Trajanje arterijske hipertenzije većinom je bilo dulje od 10 godina (19/21), a samo u dva bolesnika kraće od pet godina (2/21). Većina se izjasnila da se liječi tabletama, a najčešće se kontroliraju kod LOM i medicinske sestre, minimalno jedanput mjesečno. Multimorbiditetni bolesnici kojima je bolest već razvila komplikacije također su se kontrolirali i kod specijaliste kardiologa. Bolesnici su naveli da patronažna sestra nije imala značajnu ulogu u kontroli bolesti obzirom da su bili pokretni i posjećivali ordinaciju izabranog LOM stoga nisu smatrali da postoji potreba za obilascima patronažne sestre. Karakteristike bolesnika oboljelih od arterijske hipertenzije prikazane su u tablicama 3 i 4.

**Tablica 2. Pitanja otvorenog tipa za fokus grupe**

<p><i>1. Kako ste doživjeli spoznaju da bolujete od povišenog tlaka? Je li se nešto promijenilo u Vašem svakodnevnom (privatnom i profesionalnom) životu i ako da što?</i></p>
<p>Potpitanja:          Je li Vas nešto posebno brinulo i ako da što?          O čemu ste pri tome mislili?          Što ste osjećali?          Je li došlo do promjene u Vašem životu u odnosu prema zdravlju/bolesti?          Stavovi o zdravlju          Koliko ste zadovoljni vlastitim zdravstvenim stanjem?</p>
<p><i>2. Povišeni tlak kronična je bolest koja se liječi dijetom, promjenom životnog stila, lijekovima. Kako ste doživjeli liječenje?</i></p>
<p>Potpitanja:          Prehrambene navike, sol          Fizička aktivnost          Pušenje          Pretilost          Stres          Upute o terapiji – lijek – kada, kako, zašto....?          Hipertenzivna kriza – samozbrinjavanje</p>

<p>3. <i>Nama je poznato da bolesnici ne uzimaju redovito propisane lijekove. Što mislite koji su razlozi za to?</i></p>
<p>Potpitanja:</p> <p>Preskočite li i Vi koji puta uzeti lijek? U kojim prilikama, što Vas omete?</p> <p>Što Vas motivira, a što odmiče od provođenja preporučenog liječenja za hipertenziju?</p> <p>Volja za edukacijom?</p> <p>Savjetovanja medicinskog osoblja</p> <p>Pisani materijali</p> <p>Mediji</p> <p>Podrška obitelji, radne okoline, društvene sredine</p> <p>Posao</p> <p>Dobro osjećanje</p>
<p>4. <i>Što očekujete od svog liječnika i medicinske sestre? Kako bi Vam oni mogli najbolje pomoći u boljoj regulaciji krvnog tlaka?</i></p>
<p>Potpitanja:</p> <p>Uloga liječnika i medicinske sestre</p> <p>Dostupnost zdravstvene zaštite</p> <p>Specijalističke usluge</p>

**Tablica 3. Sociodemografske karakteristike bolesnika sudionika fokus grupa**

Karakteristike bolesnika	Broj bolesnika		
	Ženski	Muški	Ukupno
		11	10
<b>Dob (godine)</b>			
40 – 50	1		1
50 – 60	1		1
61 – 70	4	4	8
71 – 80	3	5	8
> 80	2	1	3
<b>Bračni status</b>			

Oženjen	5	7	12
Udovac	4	2	6
Samac	2		2
Kohabitacija		1	1
<b>Zaposlenje</b>			
Zaposlen	2	1	3
Umirovljenik	9	9	18

**Tablica 4. Distribucija bolesnika prema karakteristikama bolesti i liječenju**

Karakteristike bolesnika	Broj bolesnika		
	Ženski	Muški	Ukupno
<b>Trajanje hipertenzije</b>			
< 5 godina	1	1	2
5 – 10 godina	3	1	4
> 10 godina	7	8	15
<b>Terapija hipertenzije</b>			
Dijeta	0	0	0
Vježbanje	0	0	0
Dijeta + vježbanje	0	1	1
Dijeta + vježbanje + tablete	4	1	5
Vježbanje + tablete	2	1	3
Dijeta + tablete	2	2	4
Tablete	3	5	8
<b>Praćenje hipertenzije</b>			
Opći/obiteljski liječnik isključivo	5	0	5
Kardiolog isključivo	0	0	0
Opći/obiteljski liječnik +			

kardiolog	0	3	3
Opći/obiteljski liječnik + medicinska sestra	4	4	8
Opći/obiteljski liječnik + kardiolog + med.sestra	2	3	5
Opći/obiteljski liječnik + medicinska sestra + patronažna sestra	0	0	0

## 6.2. Metodologija kvalitativnog istraživanja

Diskusije fokus grupa snimljene su diktafonom, a potom je napravljen transkript snimljene diskusije (doslovni prijepis diskusija, od riječi do riječi).

Kvalitativna metodologija predstavlja sistemsko prikupljanje, organizaciju, obradu i interpretaciju podataka s ciljem otkrivanja novih spoznaja o fenomenima koje je teško kvantitativno izmjeriti. U zadnjih 20 godina sve više se koriste u medicini za opisivanje iskustava pojedinaca uzimajući u obzir kako kulturni, socijalni i drugi čimbenici utječu na ponašanje bolesnika.

Kvalitativna analiza podataka provedena je na principima utemeljene teorije, koja predstavlja jedan od najutjecajnijih modela kvalitativne analize podataka, autora Glasera i Straussa 1967. godine (Strauss, 1998). Obuhvaća niz induktivno-deduktivnih strategija za analizu podataka.

Postupak kodiranja sastojao se od nekoliko operacija: početno su prikupljeni podaci segmentirani (dekontekstualizirani), potom se vršila njihova postupna konceptualizacija, te ponovno uspostavile relacije među podacima, a koje nisu bile odmah vidljive iz mase sirovih podataka na početku prikupljanja informacija. Provedena su tri glavna tipa kodnih postupaka: otvoreno, aksijalno i selektivno kodiranje. Između ove tri vrste postupaka nije postavljena jasna demarkacijska linija, već su oni kontinuirano kombinirani. Konačnom analizom ove analitičke procedure postavljene su u referentni okvir kondicionalne matrice.

Otvorenim kodiranjem podaci su segmentirani (dekontekstualizirani), istraženi, konceptualizirani i kategorizirani. Njime su identificirani i razvijeni koncepti prema svojstvima i dimenzijama podataka.

Aksijalnim kodiranjem su prethodno „razbijeni“ podaci (procesom otvorenog kodiranja) povezani u cilju postupnog preciznog opisa i potpunog objašnjenja fenomena.

Selektivnim kodiranjem odabrane su središnje kategorije, te sustavno otkrivale supstantivne relacije između ostalih kategorija, validirane te relacije, uz dopunjavanje kategorije novim elementima u svrhu njihova daljnjeg razvoja i sofisticiranja, s ciljem pročišćenja i integracije kategorija u oblik koji je generirao utemeljenu teoriju.

Kvalitativnu analizu dobivenih podataka proveli su istraživač i mentor zasebno, a potom su usporedili dobivene rezultate u cilju postizanja konsenzusa.

## 7. REZULTATI

Rezultati kvalitativne analize podataka prikupljenih metodom fokus grupa bolesnika od AH na principima utemeljene teorije rezultirali su sljedećim temama: Spoznaja da imam hipertenziju; Promjene uzrokovane bolešću; Adherentnost na propisano liječenje; Očekivanja od izabranog LOMa i medicinske sestre (Tablice 5-8).

**Tablica 5. Spoznaja da imam hipertenziju**

<i>Tema 1. Spoznaja da imam hipertenziju</i>	
<i>Koncept</i>	<i>Kategorije</i>
a) Hipertenzija nije opasna/ozbiljna bolest	i. Odsutnost simptoma (tjelesni doživljaj hipertenzije)
	ii. Emocionalne (osjećajne) reakcije
	iii. Kognitivne (misaone) reakcije
	iv. Predodžba hipertenzije

**Tablica 6. Promjene uzrokovane bolešću**

<i>Tema 2. Promjene uzrokovane bolešću</i>	
<i>Koncept</i>	<i>Kategorije</i>
a) Promjene usmjerene na liječenje	i. Prehrana
	ii. Fizička aktivnost
	iii. Pušenje
	iv. Uzimanje lijekova
	v. Bolesnikov doživljaj promjena
b) Životno okruženje gotovo bez promjena	i. Promjene unutar životnog okruženja u kojem bolesnik živi i radi

**Tablica 7. Adherentnost na propisano liječenje**

<i>Tema 3. Adherentnost na propisano liječenje</i>	
<i>Koncept</i>	<i>Kategorije</i>
a) Adherentnost na propisano liječenje	i. Atributi adherentnosti (trajnost, opseg promjena i težina ustrajnosti)
	ii. Osobnost bolesnika
b) Čimbenici/razlozi nepridržavanja preporuka	i. Fizička/objektivna ograničenja pridržavanja
	ii. Utjecaj medicinskog osoblja
	iii. „Miraz iz kuće“
	iv. Utjecaj zajednice
	v. Utjecaj medija
c) Čimbenici/razlozi pridržavanja preporuka	i. Osobnost bolesnika
	ii. Dobar motiv
	iii. Postojanje otežavajućih simptoma
	iv. Utjecaj medicinskog osoblja
	v. Utjecaj okoline (Učenje iz iskustva drugih)
	vi. Utjecaj medija

**Tablica 8. Očekivanja od izabranog LOMa i medicinske sestre**

<i>Tema 4. Očekivanja od izabranog LOMa i medicinske sestre u timu</i>	
<i>Koncept</i>	<i>Kategorije</i>
a) Očekivanja u organizaciji rada	i. Dostupnost (blizina ordinacije, naručivanje i telefonska konzultacija)
	i. Njegovanje dobrog odnosa
	ii. Individualni, empatični pristup, bez kuđenja



b) Očekivanja od konzultacije	iii. Više vremena za pacijenta
	iv. Više komunikacije, manje administracije
	v. Informacijama dozirana konzultacija
	vi. Timski rad LOMa i medicinske sestre na jednom problemu
	vii. Važnost zapisivanja ključnih poruka konzultacije

### **Tema 1. Spoznaja da imam hipertenziju**

Tema 1 opisuje iskustvo bolesnika prilikom saznanja dijagnoze ili spoznaje da ima AH. Kvalitativnom analizom podataka prikupljenih metodom fokus grupa, na principima utemeljene teorije, o doživljaju bolesnika pri otkrivanju bolesti proizišao je koncept: „Hipertenzija nije opasna/ozbiljna bolest”.

#### ***a) Hipertenzija nije opasna/ozbiljna bolest***

Koncept opisuje doživljaj većine bolesnika kod kojih je AH otkrivena slučajno, najčešće bez prisutnosti tjelesnih simptoma. Većina bolesnika nije se jako uzrujala jer je smatrala da AH nije ozbiljna bolest. Koncept je utemeljen na četiri kategorije: odsutnost tjelesnih simptoma, blagih emocionalnih i kognitivnih reakcija te predodžbe hipertenzije.

**i. Odsutnost simptoma (tjelesni doživljaj hipertenzije)** doprinijela je spoznaji bolesnika da AH nije ozbiljna bolest. Hipertenzija je u većine bolesnika otkrivena kao slučajan nalaz, bez tegoba. Međutim, neki pacijenti ipak su imali tjelesne simptome kao veliki pritisak u prsima, vrtoglavicu ili glavobolju. Dio pacijenata izjavio je da može prepoznati porast arterijskog tlaka pojavom šuma u ušima, crvenilom u licu ili ih povišeni tlak probudi u noći.

- „... i nikakvih tegoba ja nisam osjećao...”III,GZ
- „Na jednom pregledu slučajno smo izmjerili tlak i onda smo vidjeli da imam viši, onda mi je doktorica, više puta smo mjerili. Vidjeli smo da je to stvarno viši tlak. Taman mi je

*srednji sin bio u 8. razredu i to je vjerojatno bila nekako stresna situacija. Malo imam previše kila, malo se svega toga tu nakupilo.“ II, RM*

- *„Ja kuburim s tlakom od 28. godine života. Inače slučajno se otkrilo jer je mama bila tlakaš i onda je došla sestra njoj izmjeriti, ajde da i meni, kad 175/120.“ III, FA*
- *„Uglavnom tad sam vidjela da imam tlak, koji naravno nisam osjetila i sad sam u razgovoru ovom... vidim da iste simptome, slične imam. Ne osjetim visoki tlak, al osjetim niski tlak.“ III, BV*
- *„... to mi je bil posal stresan. Imala sam veliki pritisak u prsima...“ I, SM*
- *„...tako mi se zavrtilo da sam se morala uhvatit za stup od rasvjete, tu kad sam išla preko ceste...“ I, KD*
- *„Obično osjetim da mi šumi u ušima pa se maknem u stranu, popijem čašu vode, legnem malo i tako. Osjetim crvenilo na licu i moram se negdje maknut.“ II, RM*
- *„Tlak osjetim, obično po noći mi dođe povišeni tlak, on me probudi. Onda u čašu šećera i vode i popijem tabletu.“ II, LM*
- *„Ja sam negdje početkom 90 tih najprije imala strašne glavobolje i uporno liječila glavobolje sa razno raznim tabletama dok nisam na hitnoj završila i tamo su mi ustvari rekli da je glavobolja od visokog tlaka. I onda sam u stvari počela liječit taj tlak.“ I, KM*

**ii. Emocionalne (osjećajne) reakcije** pri otkrivanju AH bile su uglavnom oskudne, što su potkrijepili odsutnošću tegoba vezanim uz bolest. Većinom su smatrali da hipertenzija nije baš nešto opasno niti važno. Stoga su najčešće bili emotivno neutralni, smatrajući da ima puno težih bolesti zbog kojih treba strahovati. Dio bolesnika bio je iznenađen što se bolest dogodila baš njima.

- *„Kod mene se ništa u životu nije promijenilo, nemam nikakvih osjećaja, nemam ništa što bi meni upućivalo neke tegobe da imam zbog visokog tlaka.“ III, GZ*
- *„Bio sam iznenađen tim više što sam zapravo cijeli život bio nisko tlakaš i nešto se dogodilo najedanput, najedanput visoki tlak. Meni je visoki tlak ustanovljen nakon toga što sam se srušio doma u dvorištu, koseći travu. Ne znam ni sam kako i zašto najedanput sam se, našao na tlu. Došao sam u ambulantu dr. Rapić i ustanovljena je na EKG-u aritmija, ustanovljen je visoki tlak 180, 190 i aritmija.“ III, VD*

- „... ne mogu se tu baš pohvalit da sam, da strahujem od toga ne. Ne strahujem jer uvijek se tješim s time da ima daleko bolesnijih od mene...“II,FA

**iii. Kognitivne (misaone) reakcije** pri spoznaji hipertenzije bile su usmjerene na razmišljanje o tome zašto su dobili hipertenziju, je li to bolest nasljedna ili su oni sami pridonijeli svojim načinom života. Većinom su smatrali da je stres značajno pridonio razvitku hipertenzije. Oni bolesnici čiji su roditelji umrli od posljedica visokog tlaka razmišljali su ozbiljnije o bolesti i njenim posljedicama. Mlađi pacijenti manje su razmišljali o važnosti bolesti od starijih. Dio starijih je pak viši tlak opravdavao godinama.

- „... ne, ne, nije me preplašilo!... jedna mladenačka dob, kada najmanje razmišljate o svom zdravlju. Tako da to mene uopće nije. Malo me je sekiralo to što nisam išao s ostalim mladićima, bil sam žalostan i tužan jer su moja generacija otišli, a ja sam kao ostao doma...“II,FA
- „I tako, ja velim Milanu pa jel to meni visok tlak, a on veli kaj bi htjela u tim godinama. I dobro. Ne osjećam nikakve pritiske, ni ništa, sve u redu.“I,ŠS
- „Meni se tlak dosta bazira na toj nervnoj bazi. Dovoljno mi je da vidim neku nepravdu, već mi tlak skače za ne znam kolko, a pošto nepravde ima unutar kuće, unutar svega, ja samo što ne eksplodiram.“II,MZ

**iv. Predodžba hipertenzije** u trenutku istraživanja u većine bolesnika pridonijela je utemeljenju koncepta da za njih hipertenzija nije opasna/ozbiljna bolest. Tako su neki bolesnici smatrali da je tlak od 150 mmHg normalan, da visina prihvatljivog tlaka ovisi ili ju opravdava život, odnosno da je normalan viši tlak kod starijih koji su uz to doživjeli i više stresa. Dio bolesnika smatrao je da ne treba jačati srce lijekom jer više ne može ni raditi ni trčati, a starost je i opravdanje za nepridržavanje preporuka. I mnogi drugi imaju hipertenziju i žive normalno s njom, što potvrđuje koncept da hipertenzija nije opasna bolest.

- „I ja sam tablete bacio, to i doktorica zna. Mjerila je tlak 140, 145, 150 maksimalno. Još sam ja s njom kad sam imao tlak 150, ja sam njoj rekao: Čujte ja smatram da je taj tlak normalan. Ja imam 77 godina. Nemoguće da imam 120, kolko je kroz moje žile prošlo svega toga.“I,MC

- „On meni veli da treba ipak uzimati jer nije samo radi tlaka, nego i da se jača srce. I zaista u onim papirima koji dobijemo uz lijek piše da taj lijek i jača srce. Dobro što ima jačat srce više. Ja ne mogu ni radi, ni trčat. Što je ojačalo ojačalo.”I,ŠM
- „Ne mogu se uključiti zbog nogu, operirao sam rak debelog crijeva, kad bi ja imao samo visoki tlak ja bi bio najsretniji čovjek na svijetu.”III,VD
- „Ja sam sada stara. Stara, pa prema tome kaj se budem ja sada nečega odrekla.”I,SM

## **Tema 2. Promjene uzrokovane bolešću**

Rezultati analize transkripta fokus grupa bolesnika oboljelih od AH ukazuju na to da su s otkrivanjem bolesti nastupile i pozitivne promjene usmjerene na liječenje bolesti (promjene životnih navika), dok je životno okruženje bilo gotovo bez promjena.

### **a) Promjene usmjerene na liječenje**

Izlučeno je nekoliko kategorija promjena u odnosu na: prehranu, fizičku aktivnost, pušenje, uzimanje lijekova i bolesnikov doživljaj potrebnih promjena.

**i. Prehrana** je kao kategorija promjene prehrambenih navika prisutna u gotovo svih bolesnika. Bolesnici su bili upoznati s potrebom promjene loših prehrambenih navika. Većina bolesnika nastojala je reducirati i kontrolirati prehranu, smanjiti uzimanje masnoća, uzimati više povrća, ribe, maslinovog ulja. Iako su smanjili uzimanje soli, što im je, sukladno riječima bolesnika, bilo dosta teško, naveli su i stav da u gotovim proizvodima ima enormna količina soli te da teško mogu utjecati na uzimanje soli u hrani. Nadalje, izrazili su bojazan da danas zdrave hrane gotovo i nema jer je sve zagađeno, a nemaju niti povjerenja u eko-hranu. Iako su istaknuli težnju da se trajno pridržavaju preporučenih preporuka o prehrani, naveli su da im se često dogodi da popuste u njihovu provođenju. Većina je istaknula svjesnost da bi se mogli i više disciplinirati.

- „... relativno pazim, slano izbjegavam, dok moji oni svi doma dosoljavaju i papre, ja ne. Ne prejedam se. U biti ima svašta, i kuhano i pečeno i sve u nekoj mjeri. Jedem dok nisam gladan i to je to. Ribu jedem, maslinovo ulje tu i tamo da, ali ne ono da bi svaki dan. Riba dal je jedanput tjedno ili u mjesecu jedanput, nekada više nekada manje. Mogao bi se još malo više disciplinirat.“ II,MZ

- *„Ja šta se tiče prehrane sam dosta izregulirala. Ujutro dobar doručak, ručak je oko 1 za mene, sa puno trave po mogućnosti, zelenja, eventualno ribe ako je dobijem. Ako je nema onda ja otvorim konzervu tune i zdjelu salate. To je danas moj ručak bio. Popodne voće nekakvo, danas sam uzela šaku trešanja. Skupe su. Za večeru malo putra ili kakao i kruha. Kruh me ubije i tu su mi kile nabijene, kruh volim, bez njega ne mogu ništa pojest. Slatko probam.“ III,MV*
- *„Čuvam se masnoga, suhog, pazim što jedem. Sad više ni sokove ne pijem. Nikad ne pretjerujem u ničem.“ II,DB*
- *„... ja sam prije solio, sad ne.“ I,HM*
- *„Mi smo naučili da bude slanije, jer meni je bljutavo. Ali pazimo da se što manje soli. Da smo uvijek uspješni i nismo.“ III,AI*

**ii. Fizička aktivnost** kategorija je koja ukazuje na to da je većina bolesnika fizički dosta aktivna iako samo rijetki redovito vježbaju. Iako je dio bolesnika smatrao da im fizička aktivnost ne treba, većinom su bili svjesni važnosti adekvatne fizičke aktivnosti. Kao razloge ograničenja fizičkih aktivnosti bolesnici su naveli bolove u lokomotornom sustavu odnosno lijenost.

- *„Ja sam svaki dan na biciklu, imam ja kondiciju.“ III,VD*
- *„Puno plivm u ljeti, plivala bi u zimi kad bi imali bolje bazene.“ II,D*
- *„Od proljeća kad počinje vrt, voćnjak do jeseni stvarno sam u pokretu, više nego fizički radnik i sad to... mi jako koristi, to sad već prepoznajem.“ III,AZ*
- *„A ovo hodanje na 4. kat, to vam je izvrsna stvar. Bio sam gore u Dubravi na kardiologiji, dr Sutlić i oni su na 4. katu. Poslije operacije ja njega pitam ovo gore dolje na 4. kat? Da, da da niste slučajno išli liftom. Za vas lift ne postoji. Zato smo mi na 4. katu da mogu hodati od 1. do 4. kata gore, dolje. To je najbolja terapija za srce.“ III,KM*
- *„Da, kad idem s placa na 1. katu imam potrebu sve pobacati, kažem da više neću ići na plac. Ali dalje se penjem misleći baš o tome što ste Vi sad rekli. Uvijek počnem razmišljati o tome da mi je to zdravo. Zato sam to uzela pod ono da se rekreiram.“ III,BV*
- *„Ne, ne trebam fizičke aktivnosti. Odem u čitaonu, čitam tamo, zafrkavam se. Vježbam te oči.“ II,KD*

**iii. Pušenje** je kategorija u kojoj su utvrđene najuspješnije promjene životnih navika. Bolesnici koji su u mladosti pušili su spoznajom da boluju od hipertenzije ili druge bolesti većinom prestali pušiti jer su shvatili štetan utjecaj nikotina po njihovo zdravlje. Od svih ispitanika samo je jedna bolesnica pušač i to do tri cigarete dnevno. Naveli su da su, iako nekadašnji pušači, danas najglasniji protivnici pušenja jer su svjesni loših posljedica na zdravlje pa to iskustvo nastoje prenijeti na svoju okolinu.

- *„... kasnije kad sam ja to malo sve reducirao i hranu naročito, cigaretu odbacio. Ima 30 godina da ne pušim... Pušenje je čak štetnije bilo nego normalno 2 deci crnog vina, jer pušenje najviše šteti. Otvaral sam već dvije, gotovo je treća kutija išla.”I,MC*
- *Pušit sam prestao pred 15 i više godina. To je bilo nakon jedne možda teže prehlade i teže bolesti, nekoliko dana je trajala sa visokom temperaturom i prošao mi je hvala bogu jedan dan pa nisam, drugi, pa treći pa nisam pa sam već počeo razmišljat i prestrašio sam se jako, pa sam počeo razmišljat pa kad sam izdržao 3 dana pa probat ću izdržat i četvrti dan, pa 5., 6. i tako do danas...16. godina nisam zapalio. Samo treba htjeti, treba doći do mozga. I mogu se pohvalit da imam 40 i nešto godina radnog staža, a pušačkog imam više. Tako da osjećam to jako dobro sada. Bolje nego da još i danas pušim. I pitanje je dal bi još uvijek pušio da sam nastavio... sve uzmite samo nemojte cigarete to je sad moja deviza.“II,FA*
- *„... ne pušim, mislim popušim onu jednu jutarnju cigaretu uz kavu, to ni je kao obredna neka. Popušim 3 maksimalno. Uopće ne znam da li se to zove pušač ili ne. To je nešto kao, neke situacije, u nekom društvu možda ću više i onda će proći samo ova jutarnja s kavom...”III,BV*

**iv. Uzimanje lijekova** kategorija je koju su bolesnici najlakše prihvatili od promjena usmjerenih na liječenje. Prihvatljivije im je popiti lijek nego vježbati i mijenjati loše prehrambene navike. Većina bolesnika doživjela je potrebu uzimanja lijeka ozbiljno te su naveli da uzimaju lijekove točno kako je preporučeno. Samo manji dio bolesnika izrazio je sumnju u potrebu uzimanja lijeka te su se pitali ima li tu potrebe za zaradom te uništavaju li lijekovi više nego što čine dobro? Neki stariji bolesnici smatrali su da ne trebaju piti lijekove jer u njihovoj dobi tlak ne treba biti ispod

150 mmHg, niti srce ne treba jačati jer oni i tako ništa ne rade. Dio je naveo da im se ponekad dogodi da zaborave popiti tablete, naročito navečer kada su umorni.

- „... ne zaboravim. Ja imam kod kreveta tablete, ja se dignem, izmjerim si tlak, uzmem si tablete idem nešto pojest, popijem ih i idem dalje.“ I,SM
- „Ujutro najprije Andol sa vodom. Onda popijem pola tablete Indamida sa čajem za mršavljenje. Onda slijedi doručak, onda bijela kava i porcija tableta iz kutije, gdje je već određeno. Doručak 3 komada, večera 4, ručak 1.“ I,KD
- „Uredno pijem te tablete. Ni jedan dan ih ne propustim. Znači uzimam 100 mg Andol za cirkulaciju, onda uzimam Carvetrend, Carvediol ovisno o tome. Alergičan sam na onaj ACE, onda strahovito počnem kašljat i ako mi terapija traje duže od mjesec dana. Onda promijenim i onda je to sve u redu.“ III,GZ
- „Dakle to su zadnje 3 i pol, 4 godine, prije tableta tu i tamo, pa ja nekada popijem, nekad i ne popijem, pa sam umoran pa zaspem, pa od toga ni bilo puno koristi dok se nisam ja uozbiljio.“ III,KM
- „Meni se desi da nekad zaboravim. Preskočim ga do iduće, uzimam u stvari iduću dozu, ako zaboravim ujutro, ne uzimam ništa do navečer.“ I,KM
- „Pa to nekako ide, ali moram terapiju za tlak redovito i to se već uhodalo. Nema zaboravljanja i to ide. Naša doktorica mi je dodala još taj jedne dodatne tablete za izlučivanje vode i ovo, ono, ali tu baš nisam. To sam počel pit, pa sad s tim ili bez toga ja vidim da je tlak manje više isti. Tako da baš toga Prilena 10, ti dodaci, možda nekim posebnim situacijama.“ III,KM
- „Trošim dosta lijekova. Imam onu kutijicu: doručak, ručak, večera. To se ujutro raspoređi i uvijek ja to uredno trošim.“ III,VD
- „Manje više onako, ujutro je to uvijek točno, solidno, navečer se dogodi da ja zaspem, pa se probudim već je pol 11 i joj sad bi trebalo popit, možda bi možda ne. Ali ujutro i podne to je zakon.“ III,KM
- „Meni je dobro. Kaj? Nemam problema nikakvih. Dobro mogu ja ić na cijelu. Neki put me nasekira, ili cure kad dođuju.“ II,KD
- Svi znamo da svi sintetski lijekovi ti s jedne strane pomažu, a s druge ti odmažu.“ I,HM

**v. Bolesnikov doživljaj potrebnih promjena** ukazuje na to da većina bolesnika smatrala da im je spoznaja da boluju od AH ipak donijela pozitivne promjene. Prihvatili su nužnost promjene loših navika za koje su svjesni da štetno djeluju na tlak iako u tome uvijek nisu uspijevali u potpunosti. Naime unatoč nastojanju da se pridržavaju preporuka, naveli su da su s vremenom ipak posustajali, navodeći da naprosto nisu mogli oduprijeti vlastitoj želji ili pritisku okoline. Pušenje su prepoznali kao izuzetno rizičan faktor i gotovo svi su prestali pušiti. Prehranu su pokušavali korigirati, ali nisu uvijek bili uspješni, čak i kad su mislili da jesu, jer objektivni pokazatelj (njihov BMI) govori protiv toga. Fizičku aktivnost smatrali su važnom i pokušavali su ju provoditi, ali ih je često omeo bilo objektivni bilo subjektivni razlog. Uzimanje lijekova većinom su smatrali najvažnijom potrebnom promjenom. Dio bolesnika koji u početku nisu smatrali da su im lijekovi nužni, s vremenom su prihvatili da ih moraju redovito uzimati.

- *„Pa, dobre promjene jer, sam dobila normalno, tablete. Ja sam se toga držala normalno, pila, stalno sam išla na kontrolu, kupila sam si tlakomjer. Ako je bil tlak povišen, ja sam sebi malo veću dozu uzela, ak je bil manji, ja sam tabletu prekinila i to je tako išlo i dan danas. Prema tome ja sam sebi sama svoj doktor.“ I,SM*
- *„Vidim da tako mora biti i da moram sama sebe. I ako čovjek pazi i na prehranu i na ponašanje i na sve, onda može produžiti, al ako si ti sam sebi neprijatelj onda ne možeš ništa.“ III,MV*
- *„Što se prehrane tiče, mi dosta zdravo jedemo, dosta povrća i mesa. Ribu jedanput tjedno. Mogli bi i više. Kaj se mene tiče ja se malo preslabo krećem, trebala bi se više kretati.“ I,ŠS*
- *„Baš šta se tiče uzimanja tableta, ne može me spriječiti. Što se tiče prehrane to uvijek nešto uleti, nekakav gablec ili nešto, to se ne može zaobić.“ II,RM*
- *„Ali nastojim se, ja se uvijek smirujem, pa daj pusti sve na stranu, gledaj sinu zdravlja. Na tu prehranu malo pazim, ne baš previše.“ II,MZ*
- *„Ja sam znao u početku, ono uzimaš, pa što ću ja to uzimati, ali onda kad osjetiš da te drma, da to ipak treba redovito uzimat. I sad u zadnje vrijeme mi je tolko došlo u pameti, da ipak treba redovno uzimat.“ II,MZ*
- *„Ali se ne čuvam, od ovih uputa koje sam dobio od liječnika da bi trebao neke stvari s obzirom na sve ostalo, da bi trebalo ukloniti i otkloniti. U jednom selu živi Antun tun, u njega je jako neobičan um. I to je kod mene. Što se tiče fizičkih aktivnosti ne idem u*



*teretanu, ništa ne vježbam, ali fizički puno radim, dosta puno radim, stalno sam u nekakvom pokretu, hodam, simo, tamo, malo frezam malo kosim, malo ove stvari oko kuće, vrt i tako i stalno sam u nekom pokretu, pa nešto se gradi, nikad ne mirujem. Ne, ne, tvrdoglavost. Sad sam se malo šalio, ali to je to. Tražim pomoć, a onda kad je dobijem, kasnije ne znam. Sve mi je nešto više od mene samoga, sve drugo ima prioritet kod mene, a ja onda kada dođem na red.“ II,FA*

➤ *„... samo se disciplinirati jako, jako....“ I,MC*

#### **b) Životno okruženje gotovo bez promjena**

Rezultati analize transkripta fokus grupa ukazuju da AH većinom nije izazvala promjene u bolesnikovoj obitelji ili na poslu.

**i. Promjene unutar životnog okruženja u kojem bolesnik živi i radi** gotovo su izostale. Samo je u jednog bolesnika s pojavom bolesti promijenjeno radno mjesto. No navedeni bolesnik je uz AH imao i druge bolesti zbog čega je bio kontraindiciran boravak na visini te je prestao izlaziti na teren. Kod ostalih bolesnika nije bilo promjena unutar životnog okruženja s bolešću.

➤ *„Nekakvih bitnih promjena ja nisam osjećao, nikakvog straha ni ništa. Jedino što je to utjecalo na određeni način na radno mjesto. A budući da sam pred penzijom nije toliko ni bitno. Ja sad više ne idem po terenu. Na medicini rada su mi zabranili, ne smijem ić na visinu, na ravne krovove itd.“ I,HM*

➤ *„... ne, nemam nikakvih problema....“ II,RM*

### **Tema 3. Adherentnost na propisano liječenje**

Kvalitativnom analizom dobivenih podataka o adherentnosti ispitivanih bolesnika na propisano liječenje proizašla su tri koncepta: a. Adherentnost na propisano liječenje, b. Čimbenici/razlozi nepridržavanja preporuka, c. Čimbenici/razlozi pridržavanja preporuka.

### ***a) Adherentnost na propisano liječenje***

Koncept adherentnosti bolesnika na propisano liječenje temelji se na dvije kategorije. To su atributi adherentnosti: trajnost, opseg promjena, težina ustrajnosti i osobnosti bolesnika.

**i. Atributi adherentnosti** bolesnika s hipertenzijom kategorija je koja uključuje trajnost i opseg preporučenih promjena te težinu ustrajnosti.

#### **Trajnost promjena**

Sukladno riječima bolesnika, većina ih je u početku, nakon otkrivanja hipertenzije i savjetovanja s medicinskim osobljem, nastojala provoditi preporučene promjene, međutim s vremenom su se javile poteškoća u provođenju tih preporuka te je dio bolesnika odustao, a dio ih više nije tako striktno provodio. Razlozi su različiti. Tako su naveli da su ih bolovi u lokomotornom sustavu privremeno spriječili da provode fizičku aktivnost, pa potom su nakon prestanka tih bolova zaboravili na potrebno vježbanje. Ponekad su promjene naprosto zanemarili bez ikakvog razloga, te su istaknuli važnost da ih se kontinuirano potiče na njihovo provođenje, naročito na pravilnu prehranu i fizičku aktivnost. Za razliku od navedenog, prestanak pušenja u većine je bolesnika trajna promjena na koju su bili jako ponosni. Uzimanje lijekova je, sukladno njihovim riječima, u većine bolesnika uglavnom bilo redovito. Ponekad bi se dogodilo da zaborave, ali s vremenom je prešlo u naviku koje su se uglavnom pridržavali.

- *„Ja jedem sve što je kuhano i pečeno, osim mlijeka. I kada sam bio drugi puta na kardiologiji onda me je malo dr Grman uplašio i malo mi je govorio o toj prehrani. Ja sam ga slušao jedno kratko vrijeme i prešao sam opet na sol i papar. Ne, ne, tvrdoglavost. Sad sam se malo šalio, ali to je to. Tražim pomoć, a onda kad je dobijem, kasnije ne znam.“ II,FA*
- *„Jedno vrijeme sam se držala dijete, skinula jedno 15 kila, onda sam opet 6 navukla natrag. Sad to ne ide dolje. Pokušavam ovakve stvari ne jesti i ne praviti, ali privlači jako.“ I,KD*
- *„Ja uzimam za tlak, od onda redovno, ne preskačem, svaku večer, najprije sam ujutro, onda sam razgovarala s doktoricom, da je najbolje navečer, jer kaj ja znam da će bolje djelovat za ujutro ako bi mi se zavrtilo i tako se pridržavam.“ I,ŠS*

## Opseg promjena

Većina ispitivanih bolesnika trudila se provoditi preporučene promjene. Posebno su u početku pokušavali mijenjati loše prehrambene navike i povećati tjelesnu aktivnost. Nadalje, prestali su pušiti svi, osim jedne ispitanice koja je smanjila broj cigareta na tri cigarete dnevno. Što se tiče redovitosti uzimanja farmakološke terapije, većina bolesnika navela je da redovito uzima preporučenu terapiju. Međutim, dio bolesnika naveo je da se ponekad djelomično pridržavao uputa ili je ponekad zaboravio uzeti terapiju, najčešće navečer kada su umorni i zaborave, nenamjerno, slučajno (III,KM). Dio bolesnika uzima terapiju po vlastitom nahođenju (II,KD), a dio ih ne uzima preporučenu terapiju. Navedeno se odnosi na starije bolesnike koji su smatrali da s godinama ne moraju imati tlak niži od 150 mmHg (I,MC; I,ŠM).

- *„I sad sve to pijem i čuvam se koliko mogu, šećem kad mogu, pazim na prehranu i mislim da držim to stabilno. Sa mojim naporom da to sve savladavam, ne jedem, ne pijem ono što ne smijem. Al ne mogu izbjeći nerviranje, meni može, bilo što ovako dignut tlak da stvarno me poremeti. Izbjegavam ljude, konflikte, izbjegavam televiziju, serije, to sve izbjegavam.“ III,MV*

## Težina ustrajnosti

Težina ustrajnosti u provođenju preporučenih promjena bila je jasno izražena u izjavama bolesnika. Na ustrajnost u provođenju promjena naveli su da, osim vlastite težnje znatno utječu i okolina te životna faza u kojoj se nalaze. Tako im je bilo teže ustrajati u preporučenim promjenama, ukoliko su se u njihovu osobnom životu događale velike promjene. Tako su naveli da je u slučaju bolesti ili smrti bliskih osoba bolesnik ponekad izgubio volju za bilo čime, jednostavno mu više nije stalo za provođenjem preporuka. Nadalje, iznimno važnom su naveli podršku okružja u kojem žive, te je provođenje preporuka bilo teže ukoliko je okružje nastavilo živjeti na „stari“ način. Pritom su naročito istaknuli podršku obitelji i sredine u kojoj bolesnik živi. Izrazili su potrebu za snažnom podrškom.

- *„Ono sam o zdravlju jako vodila brigu, ali sad otkad muža nema nekako baš se ne... kao da mi nije stalo više da se borim. Sad kad sam sama. Nekad dođe da se ne mogu, nekad dođe vrijeme da se ja ne mogu kontrolirat.“ II,LM*

**ii. Osobnost bolesnika** naročito je važna u adherentnosti na propisano liječenje. Neki bolesnici jednostavno nisu mogli provoditi preporuke, nije bilo u skladu s njihovim ličnostima. Pesimistične osobe teže su se prihvaćale provođenja preporučenih promjena, a još lakše prestale s njihovim provođenjem. Osobe koje su bile optimistične i pozitivno gledale na budućnost pokazale su veću volju za provođenjem preporučenih promjena. Dio njih smatra da se ne mogu pravilno hraniti jer su izrazili sumnju da ima zdrave hrane. Neki bolesnici jednostavno su priznali da su lijeni da bi vježbali. Svjesni su da ne rade dobro, ali si ne mogu pomoći.

- *„Naša glava nama kaže e uzmi ovo, uzmi to. Znaš da ne smiješ, ali uzmi to...“ I, HM*
- *„... neko bi me trebao jako, ali ja jesam prestrašena, al očito nedovoljno. Vjerojatno bi trebala negdje doć...“ III, BV*
- *„Bilo bi idealno kad bi čovjek sebe mogao kontrolirati, ha moguće bi bilo kad bi na to, ali narav ljudska je najveći problem i neki te vrag goni na nešto.“ II, MZ*
- *„Nisam karakter šta se hrane tiče i znam da sam si velik krivac sam u cijeloj priči.“ I, HM*
- *„Ja nisam karakter što se tiče hrane. Ja sam i dijabetičar na inzulinu. Ja sebi popapam sve kaj mi treba. Ak treba i baklavu, maznem. Godišnje 2-3 puta. Sad sam pojel kolač. Ja sebi ništa ne uskraćujem, reko bi čovjek da se ne volim na indirektan način. A to je i istina.“ I, HM*
- *„Ne pijem, ne pušim, mislim popušim onu jednu jutarnju cigaretu uz kavu, to mi je kao obredna neka. Popušim 3 maksimalno. Uopće ne znam da li se to zove pušač ili ne. To je nešto kao, neke situacije, u nekom društvu možda ću više i onda će proći samo ova jutarnja s kavom. Ali jelo, kao što se vidi, a još najgore što ne pazim dal je masno, dal je ovakvo, dal je onakvo. Ja znam da to nije u redu, to je jače od mene i ne znam šta da napravim da me neko. Tu bi trebalo ići na liječenje.“ III, BV*
- *„Ja sam mali nevjerni Toma. Ja ne vjerujem ni kardiolozima, ni nikome dok mi ne naprave koronarografiju, jer ovo izvana se zbog ovih ostalih stvari, to kod mene ne vrijedi. Imam blokadu, i kad god se radi EKG ne može se očitati kvalitetno kako treba i to moj dr Rihter u Magdaleni i sada doc na Rebru znaju, dok ne naprave koro ja njima ništa ne vjerujem.“ I, HM*
- *„... vježbanje ništa. Lijena sam, lijena.“ II, LM*
- *„... ja nisam baš tip optimistični i vjerujem da to isto. Odma mi počne bubnjati u ušima...“ III, BV*

### **b) Čimbenici/ razlozi nepridržavanja preporuka:**

Čimbenici/razlozi nepridržavanja preporuka opisani su u pet kategorija. To su: fizička ili objektivna ograničenja u pridržavanju preporuka, utjecaj medicinskog osoblja, „miraz iz kuće”, utjecaj zajednice i medija na pridržavanje preporučenih preporuka.

**i. Fizička/objektivna ograničenja pridržavanja** navedena su kao najčešći razlog neprovođenja preporuka fizičke aktivnosti kod većine bolesnika koji nisu bili fizički aktivni. Tako su neki naveli kao razlog bol u koljenu, bol u leđima, bolest vena. Sukladno izjavama bolesnika, oni bi bili adherentniji na onu fizičku aktivnost koja bi im bila individualno prilagođena sukladno njihovim mogućnostima.

- *„Ja se baš previše ne krećem, no pokušavam ono s Vilimom ići u šetnju. Njega onda zaboli kuk, mene boli koljeno i jedva vidimo čamac na Korani i već se moramo vratit.“ I,KD*
- *„Hodam do sad, dok me nije kičma ulovala. Hodam redovito i puno hodam. Idem u šetnju kad mogu. Sad me boli, al išla sam i danas preko placa, u grad sam išla.“ III,MV*
- *„Mogao bi još malo više i vježbat, ne bogzna šta jer znaš kak mi je s kičmom, ako to ne radim ujutro se jedva pokrenem. Razgibam, ali mogao bi i još bolje. Bicikal, plivanje... znaš da imam vene, elastične čarape na nogama, to mi stvara probleme, to me više puta toliko nanervira da ti recimo po vrućini moraš to nositi, steže te, poludiš. I sad još kolko me to žvcira, da ima ona moja prostata, treba doći na red, pa kako će to proći.“ II,MZ*
- *„Ne mogu se uključiti zbog nogu, operirao sam rak debelog crijeva, kad bi ja imao samo visoki tlak ja bi bio najsretniji čovjek na svijetu.“ III,VD*
- *„.... zbog noge ne mogu hodat, pa onda si ne mogu priuštiti, ko drugi ljudi i stariji, planinarenje i simo i tamo. Ja se u stvari non stop vozim. Ja ne mogu 500 metara ne mogu proć da bi mogal od kuće do tržnice.“ I,HM*

**ii. Utjecaj medicinskog osoblja** također može biti otežavajući na pridržavanje preporuka bolesniku. Tako su različiti stavovi liječnika prema načinu uzimanja terapije zbunili bolesnike (kardiolog, LOM) pa su uslijed zbunjenosti odustajali od preporučenog liječenja ili uzimali

terapiju na svoj/neadekvatan način. Nadalje bolesnici su istaknuli važnost da se i liječnik koliko je moguće pridržava zdravog životnog stila jer ih nisu doživljavali dovoljno ozbiljno ukoliko je liječnik prigovarao zbog pretilosti ili pušenja, a sam se toga nije pridržavao. I konačno, istaknuta je važnost individualnog pristupa, poštovanje bolesnikove osobe, a ne da ih se doživljava kao bolesnike iz knjiga ili stručne literature.

- *„Između liječnika je isto nešto oprečno. Ja sam Andol prije pil ujutro, Zrinka mi je rekla da ga pijem u podne. Šta je istina? Jedni kažu koji troše to trebaš pol sata prije jela. Ja uglavnom prije pojedem pa onda te tablete gutam. Neki imaju omotač, neki nemaju itd.”I,HM*
- *„Gledate i njih mnogi i oni su isti u tome, da se ne mogu odreć ni ovog ni onoga, svi smo mi ljudi. Gledam svog doktora koji me je operirao, skoro ga nisam prepoznao, to je ovak ...čovjek, a bio je vitak, visok.”II,MZ*
- *„Mogu reć 99% nas ljudi će uvijek saslušat ono što ćeš reć ti, doktorica, bilo koji liječnik, saslušat ćeš ga, ali ćemo opet radit i dalje po svome. Jest da svi vi medicinski djelatnici želite dobro, ali svi se sjećamo onih vremena kad je bilo pitanje pušenja, kad se moglo svuda pušit, doktor ima punu pepeljaru, a meni priča nemoj pušit. Kak sad?”I,HM*
- *„Liječnici se isključivo drže svoje knjige, niko ne zadire dalje od knjige. Dr, mr, titule sve one jesu, ali to je sve iz časopisa. Neće reć da je najveći broj bolesti, da je sve u našoj glavi.”I,HM*
- *„Tko je on i da bi porazgovarao. Ja ne kažem, i ne tvrdim, naprotiv tvrdim da bi taj doktor sigurno meni imao za reći da je on imao vremena.”II,FA*
- *„Ja sa hranom i inače nemam problema. Nisam nekakav veliki jelac. Ne volim masno, ne volim baš ni slano. Dosta smo smanjili tu. Kad sam dolazila kod doktora, kako su ono samo pisali, nije te ni pogledal, onda je rekao skini kile, ne jedite, tako ja šutim, onda on digne glavu pa gleda, veli joj zabunom, pa vama to nije trebalo reć.”III,FA*

**iii. Miraz iz kuće** kategorija je koja opisuje važnost definiranih navika i stavova bolesnika koje su stekli u svojoj obitelji, a koje je teško mijenjati. Dio bolesnika jako je svjestan da su mu navike loše, ali nije našao načina da ih promjeni. Smatraju da je to duboko u čovjeku, na što je teško

utjecati. Tu su i različiti stavovi o utjecaju alkohola na srce i krvne žile i općenito na naše zdravlje.

- *„Sami bi si mogli još puno više, bez daljnjega, ali nismo ni odgojeni tako.”II,MZ*
- *„To je ono što ja ujutro sve to u sebe splindram u sebe, samo tablete i tu cigaretu natašte. Pazite sve krivo radim. Ja znam, znam doručak pojedim sam, da se ručak podijeli, večeru daj neprijatelju. Ja to sve obrnuto radim. Kad dođe večer, onda ne znam...”III,BV*
- *„Cijeli život kako su, ti geni i navike, odgoj jedemo jako dobro za pravo i dan danas.”III,AZ*
- *„Ja kad sam imao povišeni tlak, znaš šta sam napravio? Popio sam lozu. I išo sam mjeriti i srušio sam. Popijem normalno malu količinu. Krvna žila se širi i čim se krvna žila širi, promjer krvne žile se širi, a čim se promjer širi, pritisak se smanjuje, protok je manji. Crno vino se ljudi varaju, on momentalno povisi krvni tlak, ali crno vino ima antioksidanse i on čisti krvnu žilu. On pročišćava.”I,MC*

**iv. Utjecaj zajednice** kategorija je koja uključuje bližu okolinu, prijatelje, ali i utjecaj društva općenito. Lokalna sredina većinom nije poticajan čimbenik u pridržavanju preporuka za većinu bolesnika. Tako je većina prijatelja naših bolesnika nastavila živjeti dotadašnjim životnim stilom, te je bolesnicima bila otežavajući čimbenik za provođenje preporučenih preporuka. Bolesnici su također smatrali da drušvo općenito potiče loše navike (reklame za brzu hranu, pivo, cigarete).

- *„Da mi ne možemo previše utjecat na tu sol. Možeš ono što sam soliš. Druge gotove sve stvari su toliko preslane da ti mozak stane.”I,HM*
- *„Danas u proizvodima imamo enormnu količinu soli.”I,MC*
- *„Mladi dosta puše i kaj je najgore... curice. Školska pauza i onda sendvič i cigarete. Valjda je loša prevencija, loše odgajanje protiv cigareta, fali negdje nešto u društvu. U svijetu nije tako. Ovisi kakav je socijalni status, to je isto jako važno.”III,AZ*
- *„Kad smo imali prije sastanke, a imali smo ih svaki dan po cijeli dan, to nisi mogao viditi trebala ti je mačeta kad uđeš u prostoriju. Mazneš kutiju cigareta, između 5 i 10 kava do podne i oko 1 sat zna se. Mladi puše na psihološkoj bazi da nešto budu. Ja sam u društvu važan.”I,HM*

- „... 40 godina ujutro na autobus pa u Zagreb na posao. Odem gladan ko vuk, pa dođem doma u 4 još nisam ništa jeo, popio sam 5 kava. To mi se i dan danas, sad kad sam u penziji, ajd sad je barem doručak kako treba. Pa onda je tu neka podloga pa onda to sve skupa nekako bolje hoda...”III,KM
- „... .ne znam da li znaš moju ženu, ona ti je ovakva, a puši i uvijek nešto meće i trpa, i nikad ne, ne nisam ja to i nisam i možeš ga fučkat. I ja odmah, možeš si mislit kako.. žena ti stvara problem, ovaj ti dio stvara problem. Sve to utječe onako, ne da se mi svađamo, ali ja dok vidim da nešto naopako je, meni odmah tlak automatski, da se može mjerit to bi ovako išlo gore. I jednostavno si tu ne mogu pomoć..”II,MZ

**v. Utjecaj medija** kategorija je koja opisuje utjecaj televizije, radija, interneta. Prema mišljenju dijela, posebno starijih bolesnika, mediji su negativno ocijenjeni jer ih opterećuju s previše informacija. Unatoč zasićenosti informacijama, nedovoljno je informacija o zdravoj prehrani i zdravom životu. Nadalje, informacije koje donose često uznemiruju bolesnike i smatraju ih stresnim te radije ne gledaju televiziju. Također ih zbunjuju česte promjene u stavovima prema zdravoj prehrani.

- „Uloga medija u današnjem društvu je stravična, brže, bolje. Mediji nas izluđuju, izluđuju nas.”III,GZ
- „... rekli su da je bolja mast, nego maslinovo ulje... Samo pravo maslinovo ulje. Ono što mi kupujemo pod maslinovim uljem, nije to.”III,AI

### **c) Čimbenici/razlozi pridržavanja preporuka**

Čimbenici/razlozi pridržavanja preporuka opisani su u šest kategorija: osobnost bolesnika, važnost dobrog motiva, postojanje otežavajućih simptoma, utjecaj medicinskog osoblja, okoline i medija.

**i. Osobnost bolesnika** kategorija je u kojoj su bolesnici prepoznali važnost utjecaja njihove osobnosti u pridržavanju preporuka. Tako su istaknuli da osobe koje su pozitivne, imaju optimistični pogled, lakše provode preporučene promjene nego onaj koji je ”nevjerni Toma“



(I,HM). Ističu i važnost snažnog karaktera (I,ŠM) koji pridonosi boljem pridržavanju preporuka i u konačnici boljoj regulaciji bolesti. Prema tome svaka intervencija mora se planirati individualno prema osobnosti bolesnika.

- „... ja sam inače dosta optimistička. Nedam da me taj moj tlak unazadi...”I,KM
- „Volja je jedna od pokretača koja čovjeka goni i želja.”II,MZ
- „... sve u svemu vesela sam osoba, volim se družiti. Društvena sam.. šta ja sada pijem te tablete, ja to ne smijem ni prestat, jer bi izgleda onda krepucnila. Onda moram ovako...”I,SM

**ii. Dobar motiv** je većina bolesnika navela kao najvažniji čimbenik pridržavanja preporuka. Tako im je dobar motiv za provođenje preporuka bilo saznanje da pridržavanje preporuka produžuje život ili potreba za održavanjem kvalitetnog života (unatoč otkrivenom tlaku) kroz optimizam, druženje (ples) i fizičku aktivnost. Motivi navedeni od bolesnika za provođenje preporučene terapije su i zastrašivanje od strane liječnika, učenje iz iskustva drugih, učenje iz vlastitog iskustva. Kao mogući motiv naveden je i strah od kazne što bi možda mogla biti i veća participacija kod osoba koje se ne pridržavaju preporuka. Iz toga što si dobro učinio vidiš daljnji poticaj za nastavak. Jedna od strategija daljnjeg pridržavanja preporuka je ”ne napuniti hladnjak” (I,KM).

- „Jednostavno živim aktivno, nastojim da mi frižider ne bude pun. Tako da kad me uhvati kriza da ... to mi je najefikasniji način do sada.”I,KM
- „Ne dimimo, ne solimo, jedemo kad imamo, kad nemamo nikom ništa. Dobro je da ja ne vidim to, kad vidim već je opasno, al kad ne vidim ne postoji za mene.”III,KM
- „Ja velim nama treba bić, na svim nivoima, jedino nas to može spasiti. Možda ću razmišljat kako ću se kaznit da bi se ponašao kako treba. Moramo nać načina...ili kaznite...”II,MZ
- „... onda sam rekao valjalo bi tu oko toga ipak se uozbiljiti. Ja sam to onda... morao sam učiniti sve šta su rekli. Prvo sam pitao koliko godina mogu trajat bez toga. Kad su mi premalo dali onda sam rekao onda se isplati odraditi sve što treba, što medicina traži.”III,KM

**iii. Postojanje otežavajućih simptoma** je kategorija koja je pridonijela pridržavanju preporuka. Naime, bolesnici koji su imali opipljive simptome, jasno definirane simptome koji su im otežavali život ili umanjivali kvalitetu života također su ustrajnije provodili preporuke (u slučaju aritmije pacijent je počeo uzimati i tablete za tlak jer se preplašio lošeg osjećaja).

- *„Međutim oko 70 godina počele su aritmije. Imao sam aritmije, osjetio sam loše preskakivanje srca itd. I to u pravilu kada je dolazila anticiklona, znači za vrijeme juga, dolazak ciklone ja sam se osjećao fantastično, ko leptirić... Počeo sam onda uzimati lijekove za ublažavanje aritmije... za tlak sam počeo koristiti tablete i srušio sam tlak sa 145 na 120, 130/80.”III,GZ*

**iv. Utjecaj medicinskog osoblja** kao čimbenika pridržavanja preporuka opisuje važnost uspostavljanja povjerenja i dobrog odnosa, davanje jasnih uputa bolesniku, a ponekad pozitivno djeluje i zastrašivanje bolesnika od strane medicinskog osoblja.

- *„Naročito kod nekih stvari kada bi možda još netko od tih liječnika, kad bi mi možda još neko zaprijetio sa špekrom, jajima, šunkicom itd. Možda bi ja to onda nekako i prihvatio.”II,FA*
- *„Zdušno se predajem u ruke liječnika i zdravstvenog osoblja i da trajem dok trajem, redovito uzimam lijekove.”II,FA*
- *„Pijem za tlak navečer Amonex i sad slučajno da bi mi po noći bilo jako visok tlak, dal je pametno popit još 1 tabletu, ili ne ili kako? Važno mi je da dobijem upute što da u tom slučaju napravim.”II,MZ*

**v. Utjecaj okoline (učenje iz iskustva drugih)** pokazao se dvoznačnim. S jedne strane bračni partneri koji su imali suportivnog partnera lakše su provodili preporučenu preporuku posebno pridržavanje prehrani u odnosu na one koji to nisu imali. S druge strane okolina je pozitivno utjecala na provođenje preporuka kao pozitivan motiv učenjem na – lošem iskustvu posebno bliske osobe. Tako je na primjer bolesnik kojem je roditelj rano umro zbog nepridržavanja preporuka shvatio da će i on imati sličan kraj bude li se tako ponašao, što je pozitivno djelovalo na njega.

- *„Dobro je biti discipliniran, razuman, ali evo tata mi je zbog nediscipline, dobio moždani, on je volio jesti ko vuk i svašta i to 5,6 puta ga je po malo lupalo i uvijek on kad dođe iz bolnice par dana će se kao disciplinirat, nakon toga opet sve. Njemu nije problem zdjelu ovoga, zdjelu onoga pojest. Bio je jak, ali nije to smio i ode, kad ga je zadnji put lupilo, ode on. Jedan moj stric koji je isto bio nije mogao prestat pušiti 3 kutije na dan i rak je dobio i gotovo. Vidim mnogi ljudi koji su se donekle čuvali da su ipak nekako si vijek produžili, oni koji nisu, zna se šta čekaš. Svako može odlučiti što će i kako će, manje ili više.”II,MZ*
- *„Sve znam, jer velim imam i upute od doktora, a imam i doma, svi rastemo nekako od bake, tata, mama, sestra, svi smo tlakaši i jednostavno ja se još najmanje nekako oko toga opterećujem.”III,BV*
- *„Ne solim jako dugo, još dok sam rodila prvo dijete, prije 28 godina, baka je imala problema sa bubrezima pa smo prestali soliti i kod mene kad se kuha, soli ništa.”II,RM*
- *„... jer hrana koju žena priprema, hrane s vrlo, vrlo malo soli...”II,FA*
- *„... u prehrani mene i žena disciplinira...”III,KM*

**vi. Utjecaj medija** također ima pozitivno djelovanje na pridržavanje preporuka. Naročito su mlađi, informatički educirani, bolesnici, naveli dostupnost potrebnih informacija. Internet omogućuje brzi pregled traženog sadržaja, a i sve je više emisija na televiziji koje govore o tome. Usprkos tome ističe se potreba za još većim doprinosom medija u promociji zdravog života u nas.

- *„Ja pogledam si na internetu kada me nešto baš interesira. Nisam imala baš nekakvih potreba, osim šta ste mi vi ili doktorica objasnili. To je ok.”II,RM*
- *„Ima, ima, daju emisije, ima toga dosta, osobito penzioneri imaju o zdravlju, ima toga dosta samo što smo mi prealjkavi.”II,MZ*
- *„... toga ima dovoljno. Časopis Doktor, pa i televizija isto stalno.”I,MC*

#### **Tema 4. Očekivanja od izabranog LOMa i medicinske sestre u timu**

U četvrtoj temi dobivenoj kvalitativnom analizom podataka dobivenih metodom fokus grupa, na principima utemeljene teorije, opisana su očekivanja bolesnika oboljelih od hipertenzije od

liječnika i medicinske sestre u timu obiteljske medicine. Pri tome su dobivena dva koncepta: očekivanja u organizaciji rada i očekivanja od konzultacije.

#### ***a) Očekivanja u organizaciji rada***

Koncept očekivanja u organizaciji rada opisan je kategorijom dostupnosti, koja uključuje blizinu ordinacije, mogućnost naručivanja pacijenata te dostupnost telefonske konzultacije.

**i. Dostupnost** uključuje blizinu ordinacije, mogućnost naručivanja pacijenata, te dostupnost telefonske konzultacije. U većini bolesnika ordinacija OM nalazi se vrlo blizu mjesta stanovanja, što im znatno olakšava dostupnost zdravstvene zaštite. Istaknuli su potrebu da im je medicinska sestra dostupna i spremna za davanje savjeta telefonom. Mogućnost telefonskog naručivanja skraćuje vrijeme čekanja na pregled ili konzultaciju. Naročito su zadovoljni mogućnošću naručivanja kronične terapije telefonom. U slučaju kada izmjere povišeni tlak često se telefonski savjetuju s medicinskom sestrom ili liječnikom o načinima reguliranja tlaka.

- *„Meni osobno najviše se sviđa ovo telefonom. Treba mi to i to, može i gotovo. I ženi samo javim idi u apoteku i donesi mi.”III,GZ*
- *„To je baš divno. Gdje jesi da jesi dobio si svoj lijek.”I,ŠS*
- *„Neke stvari su se popravile, samo mi to možda i ne vidimo. Meni se jako sviđa ovo naručivanje za pregled, naručivanje lijeka. Isto tako možeš preko sestre osigurati termin gore za nekog specijalistu.”I,ŠM*
- *„... kad ja njih nazovem, šta ste popili, to, to i to, dobro ste napravili. Prema tome za pol sata, ako ne bude bolje nazovite nas. Umirite se, sve izbacite iz glave, al ne mogu izbaciti iz glave, mislim ja i dalje na takve nemoguće probleme. I umirim se i stvarno tlak, spusti se, ja se umirim....”I,SM*

#### ***b) Očekivanja od konzultacije***

Koncept očekivanja od konzultacije kod bolesnika oboljelih od hipertenzije uključuje sedam slijedećih kategorija: njegovanje dobrog odnosa, individualni i empatični pristup bez kuđenja, više vremena za bolesnika, više komunikacije i manje administracije, informacijama dozirana konzultacija, timski rad LOMa i medicinske sestre na problemu, te važnost zapisivanja ključnih poruka konzultacije.

**i. Njegovanje dobrog odnosa** kategorija je koja je izuzetno važna za uspješno provođenje preporučenog liječenja. Važan je dobar odnos s liječnikom i medicinskom sestrom. Bez uspostave odnosa baziranog na povjerenju i uzajamne suradnje nema uspješnog liječenja bolesnika. Naglašena je važnost pozitivnoga psihološkog utjecaja na bolesnika. Nadalje, bolesnici su lakše prihvaćali savjete medicinskog osoblja ukoliko su se i oni sami pridržavali tih preporuka. Medicinsko osoblje je na različite načine potaknulo lošu suradljivost bolesnika na način da ako je konzultacija bila neadekvatna, niti se njegovao dobar odnos s bolesnikom, tada je bolesnikova neadherentnost na preporučenu terapiju, u nekim primjerima, bila i jedna vrst otpora na liječnikovo ponašanje. Na primjer: „ti meni nešto savjetuješ, a ja uopće nisam debela“. Ako ne gradimo dobar odnos, bolesnik može namjerno pružiti otpor prema onome što se kaže.

- *„... mogu reć 99% nas ljudi će uvijek saslušat ono što ćeš reć ti, doktorica, bilo koji liječnik, saslušat ćeš ga, ali ćemo opet radit i dalje po svome. Jest da svi vi medicinski djelatnici želite dobro, ali svi se sjećamo onih vremena kad je bilo pitanje pušenja, kad se moglo svuda pušit, doktor ima punu pepeljaru, a meni priča nemoj pušit. Kak sad?“ I, HM*
- *„Došla je doktorica, psiholog.“ I, MC pogledala je, ona je mene uputila gore da umiri mene radi toga da umiri mene. Iako je odmah ona rekla nije to to. Ali je bila u tom određenom slučaju*
- *„Svi vi nas sve znate. Znate naše dijagnoze i znate nas kako razmišljamo. Mirica će mene poslat kamo god ja hoću samo da me smiri u glavi.“ I, HM*
- *„Ja sa hranom i inače nemam problema. Nisam nekakav veliki jelac. Ne volim masno, ne volim baš ni slano. Dosta smo smanjili tu. Kad sam dolazila kod doktora, kako su ono samo pisali, nije te ni pogledal, onda je rekao skini kile, ne jedite, tako ja šutim, onda on digne glavu pa gleda, veli joj zabunom, pa vama to nije trebalo reć.“ III, FA*

**ii. Individualni, empatični pristup, bez kuđenja** kategorija je koju su bolesnici naveli kao važnu u konzultaciji s liječnikom i medicinskom sestrom. Istaknuli su važnost da se svakog bolesnika promatrata kao jedinstvenu osobu koju treba poticati na provođenje onoliko promjena koliko oni to mogu ostvariti te im pomoći u pronalaženju zadovoljstva u novom životu. Pri tome je važno pohvaliti svaku uspješnu promjenu koju bolesnik uspije postići. Kuđenje je često dovelo do suprotnog učinka, pa ga je bolje izbjegavati. Bolesnici su naveli da su se više trudili ostvariti

preporučene promjene ukoliko su imali osjećaj da ih LOM razumije te da razumije kontekst njegova života.

- *„... pokušavam bit čim više fizički aktivna, ali onda mi dođe neki period da me jako počnu boljet koljena i onda izgubim volju za svim. Kad sam to rekla doktorici ona mi je pokazala vježbe koje mogu radit dok me ne prestanu boljet koljena. To mi je olakšalo da nastavim dalje,... bilo mi je lakše..i doktorica je bila zadovoljna šta nisam odustala.”II,DB*
- *„... a, ali nismo baš jako, jako po pravilima. Jučer smo imali fileke. Pa mogu godišnje 5 puta imati fileke. Kad bi ja svaki dan jeo... Ali danas smo imali grah pa će grah poništiti one fileke.*

**iii. Više vremena za pacijenta** u jednoj konzultaciji kategorija je koju pacijenti očekuju od medicinskog osoblja, a na žalost ju je često teško provesti zbog prevelikog broja pacijenata. Danas se veliki dio pacijenata dosta informira o bolesti, čita upute o lijeku, pri čemu često pronađu mnoge nuspojave kojih se boje i o njima se žele konzultirati, što često iziskuje puno vremena.

- *„To ide ko na traci, ajde idi dalje ako nisi jako ozbiljan pacijent, ali onaj ode nije zadovoljan sa tretmanom. A to kad nije zadovoljan tretmanom, sve je u glavi, njemu se pogorša stanje, ode od vas sve je bilo u redu, dođe doma nije dobro, nije u redu. Niste se imali vremena baviti s pacijentom zbog priliva pacijenata i onog pritiska.”I,MC*
- *„Ima tih lijekova kaj su meni, recimo ovaj zadnji kaj smo ga mijenjali umjesto Cadueta. Kad sam ga pročitao ja sam stao i nisam ga uzeo. Ostao sam na Caduetu radi ovih glavobolja kaj su se dešavale zadnjih desetak dana samo zato što sam pročitao da ga ne smiju trošiti pacijenti koji imaju nestabilnu i stabilnu Anginu pektoris, a ja ju imam. I sad dešavaju se nuspojave kod 10, znači to je za mene opasno, ja sam tu stao. Ja ću doći kod Mirice idući tjedan pa ćemo malo porazgovarati.”I,HM*

**iv. Više komunikacije, manje administracije** kategorija je koju je zagovarala većina bolesnika iako su bili svjesni da je to nešto što je obavezni dio rada medicinskog osoblja. Istaknuli su da

LOMu i medicinskoj sestri administracija oduzima previše vremena koje bi trebali provesti u komunikaciji s pacijentima.

- *„Vi ste bili opterećeni takvom administracijom, ja sam gledal pa to je užas, to je strahota, nemate naprosto vremena baviti se sa pacijentom.”I,MC*
- *„U potpunosti tvrdim da previše imate administracije, a to ide na uštrb pacijenta. Dok vi pišete određene papire, a koji su meni praktički nebitni, jer ih ja onako neću razumjeti. Premalo je medicinskih sestara, premalo je liječnika, a preveliki broj pacijenata. I kako nama svima udovoljit to je moje mišljenje. Oduzima vrijeme vama kao sestrama, oduzima vrijeme i liječnicima.“II,FA*

**v. Informacijama dozirana konzultacija** je istaknuta od većine bolesnika kao nužna. Naime, ukoliko je bolesniku odjednom saopćeno previše informacija, on je više bio zbunjen i manje je zapamtio, te je bila veća vjerojatnost da neće provesti na adekvatan način preporučene promjene.

- *„... ne znam, nekada mi je stvarno previše, ne mogu to popamtiti, ne smijem ovo, ne smijem ono,...zbog Martefarina ne smijem previše zelenja, zbog masnoća ne smijem masno, manje crvenog mesa... pa što onda smijem jest. Doktorica mi kaže da moram vježbat i puno hodati, a kako ću kad me bole leđa.. Nekad mi je dosta svega.. .ne znam više šta da radim..“II,FA*

**vi. Timski rad LOMa i medicinske sestre na jednom problemu** kategorija je koja ukazuje na nužnost dobre suradnje između LOMa i medicinske sestre. Bolenici su istaknuli važnost uloge medicinske sestre da provjeri i dodatno jednoznačno pojasni informacije koje je dobio od liječnika. Istaknuli su da će vjerojatnost da će bolesnik pravilno shvatiti i zapamtiti preporuke o uzimanju terapije biti veća ukoliko liječnik i medicinska sestra ciljano zajedno rade na istom problemu.

- *„... znate sestro, dogodi mi se da kad od doktorice dođem k vama više nisam sigurna za koje tablete mi je doktorica rekla da uzmem i ujutro i navečer. Kad mi tlak naraste tak se preplašim da mi mozak više ne radi kak treba...”I,KM*
- *„... sigurniji sam kad ti još jedanput ponoviš kako trebam uzimati lijek...”II,KD*

**vii. Važnost zapisivanja ključnih poruka konzultacije** je kategorija koju su posebno istaknuli stariji bolesnici. Iako se tijekom konzultacije trude da zapamte rečeno, bolesnici su istaknuli zbunjenost po konzultaciji ukoliko im se ključne poruke konzultacije ne zapišu. Zapisivanje ključnih poruka konzultacije pridonosi pravilnijem provođenju preporučene terapije.

- *„... pa sigurno da ću lakše zapamtiti ako mi se točno zapiše kako trebam uzeti lijekove. Nekada nisam sigurna da li sam dobro zapamtila, pa vas onda moram zvati telefonom jer se bojim da ne uzmem krivo. Mislim na to šta sam još trebala pitati i onda jednostavno zaboravim.“II,DB*
- *„Posebno kad mi doktorica promijeni neki lijek onda mi je najdraže da mi to zapišete jer inače mogu krivo zapamtiti. Tako ne moram misliti jel dobro uzimam.“II,FA*
- *„Da,...uzimam puno lijekova, a sve više mi se dogodi da zaboravim. Bilo bi dobro da mi sve lijekove napišete kada ih trebam uzeti, pa ću biti sigurnija da nešto ne zbrljam. Ima ih previše ...“III,MV*



## 8. RASPRAVA

U ovom kvalitativnom istraživanju istražena su i opisana mišljenja bolesnika o AH kao bolesti, razlozima nepridržavanja preporučenih preporuka liječenja i očekivanja od liječnika i medicinske sestre u ambulanti OM da bi mogli bolje razumjeti probleme s kojima se bolesnici susreću. Kvalitativnom analizom podataka prikupljenih metodom fokus grupa od bolesnika oboljelih od AH, na principima utemeljene teorije, proizišle su četiri teme: spoznaja da imam hipertenziju, promjene uzrokovane bolešću, adherentnost na propisano liječenje i očekivanja od izabranog LOMa i medicinske sestre.

Kod većine bolesnika u istraživanju AH otkrivena je slučajno, bez prisutnosti značajnijih tjelesnih simptoma, što je pridonijelo spoznaji bolesnika da hipertenzija nije opasna ili ozbiljna bolest. Kako nisu osjećali veće probleme nisu se preplašili bolesti. Spoznaja bolesnika ima važan utjecaj u svim fazama bolesti, od percepcije simptoma do mijenjanja osobnog ponašanja, što može utjecati na tijek i razvoj bolesti (Hirmani, Newman, 2005). Bolesnici koji su imali izražene tjelesne simptome, kao pritisak u prsima, sinkopu, vrtoglavicu ili glavobolju, ozbiljnije su shvaćali AH kao bolest. Dio bolesnika bio je iznenađen promjenom niskog tlaka u visoki. Kognitivne reakcije pri spoznaji AH bile su usmjerene na traženje uzroka nastanka AH: koliko su sami pridonijeli nastanku bolesti svojim načinom života ili je ona posljedica nasljeđa. Često su nastanak AH povezivali s postojanjem stresa. Bolesnici koji su vjerovali da je bolest uzrokovana njihovim lošim načinom života bili su više spremni pokušati i ustrajati u promjenama svoga životnog stila. O mogućim posljedicama AH više su razmišljali bolesnici čiji su roditelji umrli od posljedica AH. Brojni su primjeri neadekvatne predodžbe AH u ovih bolesnika. Tako su smatrali da je tlak od 150 mmHg normalan, da život i stres opravdavaju viši tlak, a da je starost opravdanje za neuzimanje terapije i nepridržavanje uputa. Važnost bolesnikove predodžbe bolesti potvrđuju brojna istraživanja upućujući na povezanost procjene bolesti i pripadajućih simptoma, te odluke što učiniti u svezi s bolešću (Moss-Morris, 2002). Stoga je preporuka da zdravstveni profesionalci procijene predodžbu bolesti u svakog bolesnika i koriste ju kao bazu za daljnje intervencije s ciljem pronalaženja zajedničke osnove bolesnika i profesionalca na gledanje i rješavanje problema (pružanjem potrebnih informacija o bolesti, razjašnjenjem nedoumica,

korigiranjem neadekvatnih predodžbi) (Petriček, 2012). Ukoliko predodžbe bolesnika o bolesti ostanu nedotaknute od zdravstvenog profesionalca, mogućnost je da će bolesnik nastaviti ponašati se prema njima ne uzimajući u obzir savjete i intervencije zdravstvenih profesionalaca, što će utjecati na procese spoznaje, prihvaćanja i prilagodbe na bolest, zdravstveno ponašanje bolesnika, te posredno i ishode liječenja (Stewart,2003).

Unatoč mišljenju ispitanika da AH nije opasna bolest, kvalitativna analiza podataka ukazuje da su sa spoznajom AH u većine bolesnika nastupile pozitivne promjene usmjerene na liječenje. Prema Hirani i Newman, pozitivne učinke bolesti ne treba podcjenjivati, već ih treba koristiti kao alat za poticanje i održavanje promjena u ponašanju (Hirani i Newman, 2005). Ispitanici su od LOMa i medicinske sestre bili upoznati s potrebom provođenja zdravih higijensko-dijetetskih mjera radi što uspješnijeg reguliranja AH i smanjenja kardiovaskularnog rizika. Većina ispitanika, naročito onih s višom stručnom spremom, trudila se provoditi preporučene promjene, iako su bili svjesni da često posustanu u njihovom provođenju. Manje obrazovani bolesnici nisu te promjene doživjeli kao nešto posebno važno. Promjena prehrambenih navika kategorija je prisutna kod većine bolesnika. Pokušali su reducirati i kontrolirati prehranu, no nisu uvijek uspijevali. Svjesni su da bi mogli učiniti još više. Osim kvalitete unesene hrane, još je veći problem unos prekobrojnih kalorija čega često nisu bili svjesni. Na navedeno upućuje i povećan BMI u većine ispitanika (15/21). Neadekvatna prehrana dovodi do pretilosti, što dodatno povećava kardiovaskularni rizik. Često se toj prekomjernoj težini pridružuje i smanjena fizička aktivnost koja je često uzrokovana bolovima u lokomotornom sustavu koji su opet nerijetko uzrokovani prekomjernom TT. Nastaje začarani krug iz kojeg je teško izići. Većina ispitanika izjavila je da je fizički dosta aktivna, ali rijetki su redovito vježbali. Šetnja ili vožnja biciklom najčešće su fizičke aktivnosti bolesnika koji su živjeli u stanu, dok su oni koji su živjeli u kući fizički većinom aktivni u okviru rada oko kuće ili u kući. Dio bolesnika nije prihvatio važnost fizičke aktivnosti u tretmanu AH.

Pušenje je zasigurno kategorija u kojoj su kod naših ispitanika nastupile najuspješnije promjene. Saznanjem da boluju od AH ili neke druge bolesti postali su svjesni štetnog utjecaja nikotina na zdravlje. Tome je zasigurno pridonio i današnji stav društva prema pušenju koji je ipak restriktivniji, sa zabranom pušenja na javnim mjestima, nego što je bio prije

kada je pušenje bilo svugdje dozvoljeno, pa čak i u zdravstvenim ustanovama. Pozitivan je i utjecaj nekadašnjih pušača koji su danas najglasniji protivnici pušenja jer su na sebi osjetili loše posljedice po zdravlje.

Od potrebnih promjena u liječenju AH kategorija uzimanja lijekova najlakše je i najozbiljnije prihvaćena od strane bolesnika. Većina bolesnika imala je veće povjerenje u lijekove za snižavanje tlaka, nego u važnost pridržavanja higijensko-dijetetskih mjera. Osim toga, smatrali su da je lakše popiti lijek nego mijenjati loše prehrambene navike i redovito vježbati. Većina bolesnika izjasnila se da lijekove uzimaju točno po uputi liječnika, iako su istaknuli da su u početku češće zaboravljali na uzimanje lijeka dok im nije postalo navika, ali da i danas ponekad zaborave uzeti lijek, naročito navečer kada su umorni. Samo manji dio bolesnika zbog neodgovarajuće predodžbe o AH ne uzima lijek po preporuci ili izražava sumnju u potrebu uzimanja lijeka, razmišljajući koristi li im lijek ili šteti. Slična razmišljanja pokazuju i ispitanici u istraživanju provedenom u Velikoj Britaniji u kojem se naglašava važnost personalizirane rasprave o uzimanju lijekova kako bi se potaknulo adekvatno uzimanje preporučenih lijekova (Benson, Britten, 2002).

Većina bolesnika je navela da im je spoznaja da boluju od AH ipak donijela pozitivne promjene jer su nastojali zdravije se hraniti, biti više fizički aktivni, prestali su pušiti, a sve to je doprinijelo njihovom cjelokupnom zdravlju. I sukladno rezultatima Petria i suradnika uvid u pozitivne promjene u životu bolesnika bio je koristan i pomogao je u izboru zdravog životnog stila (Petrie i sur, 1999). Tako dio bolesnika u početku AH nije shvaćao ozbiljno, ali su s vremenom shvatili da nepridržavanje preporuka i neuzimanje terapije dovodi do većih problema. Neki su to, nažalost, shvatili tek nakon razvoja komplikacija AH. Sada su sjesni da će kvalitetu života moći očuvati samo pridržavanjem preporuka liječenja.

Razvojem AH nastupile su znatne promjene usmjerene na liječenje, ali je životno okruženje bolesnika u kojem su živjeli i radili ostalo gotovo bez promjena. Slično iskustvo utvrđeno je u istraživanju bolesnika od šećerne bolesti tip 2 (većinom asiptomatske pri otkrivanju), za razliku od bolesnika od infarkta miokarda (većinom simptomatske pri otkrivanju), gdje su nastupile značajne promjene u životnom i radnom okruženju (Petriček, 2012).

Na adherentnost oboljelih od AH na propisano liječenje utjecali su trajnost i opseg preporučenih promjena, težina ustrajnosti i osobnost bolesnika. Trajnost u pridržavanju

preporuka, naročito u vezi prehrane i fizičke aktivnosti, veliki je problem jer su se bolesnici jedno vrijeme nakon edukacije i savjetovanja pokušavali držati preporuka, ali su s vremenom popustili u njihovom provođenju, naročito ukoliko nisu imali simptome. Prestanak pušenja je najčešće trajna promjena, kao i uzimanje lijekova u većine bolesnika. Dijelu bolesnika ponekad se dogodilo da zaboravi uzeti lijekove, najčešće navečer kada su umorni. Poseban problem je težina ustrajnosti, naročito kada okruženje u kojem bolesnik živi nastavlja živjeti na stari način. Da bi pomogli bolesnicima u trajnom provođenju preporuka važno je da ih zdravstveni profesionalci učestalo potiču i ohrabruju u njihovu provođenju u što većem opsegu. Na adherentnost na preporučeno liječenje značajno je utjecala i osobnost bolesnika. Optimistične osobe puno su lakše pristupile provođenju preporuka, a i provodile ih s većom ustrajnošću i nadom da će sve biti dobro. Nasuprot tome pesimistične osobe imale su manje volje za promjene, a još lakše prestale s njihovim provođenjem. Istaknuta je i važnost karaktera bolesnika. Tako neki bolesnici naprosto nisu bili voljni prihvatiti preporučene promjene.

Prema rezultatima kvalitativne analize podataka na neprovođenje preporuka liječenja utjecala su fizička ili objektivna ograničenja, medicinsko osoblje, ponašanje naučeno u obitelji, zajednica i mediji. Najčešći razlog neprovođenja preporuka fizičke aktivnosti su fizička ili objektivna ograničenja (bol lokomotornog sustava, bolest vena). Bolesnicima koji dolaze s fizičkim ograničenjem trebalo bi pokušati pronaći fizičku aktivnost koju će oni moći primjereno provoditi, dakle potreba je za individualiziranim savjetovanjem. Daljnji razlozi neprovođenja preporuka su zbunjenost bolesnika različitim preporukama liječnika, što onda ponekad dovodi do prestanka uzimanja lijeka ili uzimanja po vlastitom nahođenju. Bolesnici su isticali važnost individualnog pristupa zdravstvenih djelatnika, željeli su da ih se doživljava kao osobe, a ne kao dijagnoze s kojima se radi po uputama iz stručne literature. K tome, prigovori na pušenje ili pretilost od strane liječnika i medicinske sestre, ukoliko se oni sami toga nisu pridržavali, negativno su ocijenjeni od bolesnika te pridonijeli lošoj adherentnosti bolesnika. Navike stečene u obitelji istaknute su teškima za mijenu. Bolesnici su istaknuli i negativan utjecaj društva koje potiče loše životne navike, tako da im je bilo teško oduprijeti se utjecaju zajednice u kojoj žive. Mediji su dijelom negativno ocijenjeni od strane ispitanika jer često izazivaju stres kod bolesnika i često ih opterećuju s previše

podataka. Umjesto reklama za pivo i duhan, poželjnije bi bilo gledati spotove i edukativne emisije koje potiču zdravu prehranu i život u cjelini.

Na pridržavanje preporuka utjecala je osobnost bolesnika, dobar motiv, postojanje otežavajućih simptoma, utjecaj medicinskog osoblja, okoline i medija. Bolesnici pozitivne osobnosti lakše su prihvatili i provodili preporučene promjene pa je i intervencije važno planirati individualno u skladu s osobnošću bolesnika. Prema ovom istraživanju najvažniji čimbenik u provođenju preporuka bolesnicima je dobar motiv kao saznanje da pridržavanje preporuka produžuje život, potreba za održavanjem kvalitetnog života druženjem i putem fizičke aktivnosti. Ponekad je dobar motiv bio i zastrašivanje od strane liječnika, učenje iz vlastitog iskustva ili iskustva drugih. Iz pozitivnih promjena dobivaju se poticaji za nastavak pozitivnih promjena. Također je vidljivo da su bolesnici s prepoznatljivim simptomima koji su im umanjivali kvalitetu života bili ustrajni u provođenju preporuka. Pozitivan utjecaj medicinskog osoblja postignut je uspostavljanjem povjerenja, dobrog odnosa, kao i davanjem jasnih uputa, pa je navedeno važno primjenjivati u radu s ovim bolesnicima. Braćni partneri pružali su znatnu podršku u provođenju preporuka, što potvrđuju i brojna druga istraživanja. Nasuprot ovim rezultatima, istraživanje provedeno u populaciji kineskih bolesnika (Lo i sur, 2016) govori da je liječenje AH kod starijih ljudi uspješnije kod samaca, no navedeno se može objasniti kulturološkim razlikama. Bolesnici su učili i iz loših iskustava iz bliske okoline što je djelovalo poticajno na provođenje preporuka. Mlađim bolesnicima internet je znatno olakšao pronalaženje traženih informacija u vezi s provođenjem preporuka zdravog života, dok su stariji informacije dobili preko časopisa i televizije.

Sukladno analizi podataka bolesnicima je važna dostupnost OM, što uključuje blizinu ordinacije s mogućnošću naručivanja pacijenata, te je posebno važna dostupnost telefonske konzultacije. Tu važnu ulogu ima medicinska sestra od koje očekuju dostupnost i spremnost za davanje potrebnih informacija i savjeta posebno telefonom. Istraživanje provedeno u Americi govori o većoj adherentnosti bolesnika u terapiji AH nakon telefonskih konzultacija medicinske sestre (Bosworth i sur., 2008). Bolesnici u ovom istraživanju su istaknuli da se često služe telefonskom konzultacijom i traže savjet o provođenju terapije, telefonski se naručuju, što im smanjuje vrijeme čekanja na pregled ili konzultaciju od strane LOMa. Posebno su zadovoljni mogućnošću telefonskog naručivanja kronične terapije. Bolesnici su

istaknuli važnost telefonskog savjetovanja s medicinskom sestrom ili liječnikom o načinima reguliranja krvog tlaka, ukoliko su pri samokontroli krvnog tlaka utvrdili da je on povišen.

Za uspješnost u provođenju preporučenih promjena važno je uspostaviti odnos povjerenja i uzajamne suradnje između bolesnika, LOMa i medicinske sestre. Bolesnici su naglasili važnost pozitivnoga psihološkog utjecaja, te lakše prihvaćanje savjeta medicinskog osoblja ukoliko se oni i sami pridržavaju tih preporuka. Istraživanja pokazuju da će zdravstveni djelatnici koji se sami pridržavaju preporuka zdravog života ustrajnije davati te preporuke svojim bolesnicima (Fang, 2015). Posebno važna kategorija za bolesnike je individualni, empatični pristup bez kuđenja. Preporuka je individualno poticanje bolesnika na provođenje promjena u skladu s njihovim mogućnostima, ali isto tako pomoć u uočavanju zadovoljstva u novom životu. Pohvalom uspješnih promjena bolesnik će biti potaknut na provođenje drugih. Bolesnici su izrazili potrebu za osiguranjem dovoljno vremena po konzultaciji sa ciljem stjecanja željenih informacija, posebno o mogućim nuspojavama lijekova. Nezadovoljni su, sukladno njihovom mišljenju, prekomjernom administracijom koja medicinskom osoblju oduzima vrijeme koje bi trebali provesti u komunikaciji s bolesnicima. Komunikacija je, prema istraživanju provedenom u Švedskoj, presudna za otklanjanje sumnji i poteškoća bolesnika u vezi provođenja terapije (Svensson, 2000). Poseban je problem zasićenost informacijama u jednoj konzultaciji, što otežava pamćenje svih prenesenih informacija. Zato je bolje bolesnika informirati kroz više manjih konzultacija s time da je poželjno, naročito kod starijih bolesnika, zapisati najvažnije poruke iz konzultacije. Navedeno potvrđuje i istraživanje Maslakkpaka i Safaie kojim je utvrđeno da tekstualne poruke i podsjetnik kartice mogu potaknuti bolesnike da se pridržavaju preporuka (Maslakkpak, Safaie, 2016). Bolju adherentnost bolesnika potaknuo je i dobar timski rad LOMa i medicinske sestre na jednom problemu. Ako medicinska sestra provjeri i bolesniku dodatno pojasni informacije koje je dobio od liječnika, veća je vjerojatnost da će bolesnik odgovarajuće shvatiti i zapamtiti preporuke o uzimanju lijekova. Navedeno pridonosi adekvatnijem provođenju preporučene terapije.

## 9. ZAKLJUČAK

U većine bolesnika je slučajno otkrivanje AH, bez prisutnosti tjelesnih simptoma, pridonijelo spoznaji da AH nije ozbiljna bolest. Budući da nisu imali većih tegoba, nisu se preplašili bolesti i nisu je doživjeli ozbiljnom. Kognitivne reakcije pri spoznaji AH većinom su bile usmjerene na traženje uzroka nastanka bolesti. Neadekvatna predodžba AH dovela je do nepridržavanja preporučenog liječenja te je preporuka da LOM i medicinska sestra kao početni korak u intervenciji kod ovih bolesnika utvrde predodžbu bolesnika o AH te korigiraju neadekvatne predodžbe u cilju povećanja provođenja preporučenih promjena.

Spoznajom AH kod većine bolesnika nastupile su pozitivne promjene usmjerene na liječenje. Bolesnici su bili upoznati s potrebom provođenja higijensko-dijetetskih mjera. Većina bolesnika trudila se provoditi preporučene promjene, iako su naveli da su s vremenom često popustili u njihovom provođenju.

Bolesnici su doživjeli promjene usmjerene na mijenjanje životnih navika. Na prvom mjestu bolesnici su prestali pušiti, dok su promjene usmjerene na prehranu i fizičku aktivnost bolesnici nastojali provoditi u manjem ili većem opsegu. Svjesni su da ima još prostora za promjenu te da su neadekvatne. Razlozi nedovoljnog provođenja promjena bili su dijelom subjektivni (npr. nepostojanje motiva za promjenom, neadekvatna predodžba), a dijelom objektivni (bol u lokomotornom sustavu, nerazumijevanje pravilne prehrane). Većina bolesnika više je vjerovala u učinkovitost lijekova za snižavanje tlaka, nego u važnost pridržavanja higijensko-dijetetskih mjera.

Dio bolesnika AH u početku nisu doživjeli ozbiljno, ali su s vremenom shvatili da nepridržavanje preporuka i neuzimanje terapije pogoršava njihovo stanje. Nažalost, neki su to shvatili tek razvojem komplikacija AH. Većina ispitivanih bolesnika svjesna je da kvalitetu života mogu očuvati samo pridržavanjem preporuka liječenja.

Povećanje adherentnosti bolesnika možemo postići stalnim poticanjem i ohrabriranjem bolesnika na provođenje preporučenih promjena u što većem opsegu. Bolesnici su se jedno vrijeme nakon savjetovanja u vezi prehrane i fizičke aktivnosti pokušavali pridržavati preporuka, ali s vremenom su posustali u njihovu provođenju, posebno uz odsustvo simptoma. Istaknuta je težina

ustrajnosti, posebno kada je okruženje u kojem bolesnik živi bilo nedovoljno suportivno, odnosno kada svojim ponašanjem nije podržalo promjenu životnog stila bolesnika. Osobnost bolesnika snažno je utjecala na adherentnost u liječenju. Optimistične osobe lakše su prihvaćale provođenje preporučenih promjena, s time da je istaknuta i važnost volje u provođenju potrebnih promjena.

Na neprovođenje preporuka liječenja utjecala su objektivna fizička ograničenja pa je važno bolesniku u individualiziranom savjetu predložiti aktivnosti koje će moći provoditi. Zbunjenost bolesnika različitim preporukama profesionalaca možemo izbjeći boljom međusobnom komunikacijom i opetovanim savjetovanjima. Na lošu adherentnost bolesnika utjecalo je i prigovaranje zbog neprovođenja preporuka od strane zdravstvenih djelatnika, naročito ukoliko se oni sami nisu pridržavali preporučenog. Posebno teško bilo je utjecati na promjenu navika koje je bolesnik stekao u vlastitoj obitelji, a uz to danas živimo u društvu koje potiče loše životne navike.

Postojanje dobrog motiva bolesnici su istaknuli kao najvažniji čimbenik u provođenju preporuka pa je važno da liječnik i medicinska sestra individualno tragaju i potiču kod svakog bolesnika. Rezultate pozitivnih promjena treba koristiti kao poticaj za nastavak aktivnosti. Vidljivo je da su bolesnici s prepoznatljivim simptomima bili ustrajni u provođenju preporuka. Pozitivan utjecaj medicinskog osoblja postiže se uspostavljanjem povjerenja, dobrog odnosa i davanjem jasnih uputa. Podršku u provođenju preporuka većinom su pružili i bračni partneri, a poticajno je djelovalo i učenje iz lošeg iskustva iz bliske okoline. Pored informacija od medicinskog osoblja, mlađi ispitanici informacije o liječenju su ostvarili i putem interneta, dok su stariji bili orijentirani na informacije s televizije i iz časopisa.

Bolesnicima je važna dostupnost OM koja uključuje blizinu ordinacije s mogućnošću naručivanja bolesnika, a posebno im je važna dostupnost telefonske konzultacije. Pri tome važnu ulogu ima medicinska sestra od koje bolesnici očekuju dostupnost i spremnost za davanje potrebnih informacija. Ističe se važnost osiguranja telefonskog savjetovanja s medicinskom sestrom ili liječnikom o načinima reguliranja krvnog tlaka, ukoliko su pri samokontroli krvnog tlaka utvrdili da je on povišen.

Za uspješnost u provođenju preporučenih promjena važno je graditi, uspostaviti i njegovati odnos povjerenja i uzajamne suradnje između bolesnika, LOMa i medicinske sestre, uz individualni, empatični pristup bez kuđenja. Bolju suradljivost potiče dobar timski rad LOMa i medicinske



sestre na jednom problemu, kao i zapisivanje ključnih poruka konzultacije. Navedeno može pridonijeti boljoj adherentnosti bolesnika u provođenju preporučenih promjena.

## **10. ZAHVALA**

Zahvaljujem svima koji su mi savjetima i podrškom pomogli u pisanju ovog rada. Posebno zahvaljujem svojoj mentorici doc. dr. sc. Goranki Petriček na susretljivosti i zajedničkom radu u provođenju istraživanja za ovaj diplomski rad. Zahvaljujem bolesnicima koji su dobrovoljno pristali sudjelovati u istraživanju. Osim toga zahvaljujem prim. dr. Mirici Rapić koja mi je davala podršku za vrijeme cijelog studija i bez čije suradnje i razumijevanja ne bih mogla završiti ovaj studij. Hvala na suradnji kolegicama i kolegama s kojima sam studirala i surađivala.

Posebno zahvaljujem svojoj obitelji koja me podupirala i pomagala kroz sve vrijeme studija.

## 11. LITERATURA

1. Andrić A, Vuletić S. 2012. „Community Nurse Assessment of CBRF“. Coll. Antropol, 36, 1; 27–34.
2. Benson J, Britten 4. 2002. „Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study N“. BMJ, 19;325(7369):873.
3. Bosworth HB et al. 2008. „Take Control of Your Blood Pressure (TCYB) study: a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. Patient Educ Couns, 70(3):338–347.
4. Fang J, Ayala C, Loustalot F. 2015. „Primary Care Providers' Recommendations for Hypertension Prevention“. J Prim Care Community Health. 2015; 6(3):170–6.
5. Fava SM, Zago MM, Nogueira MS, Dázio EM. 2013. „The experience of the illness and of the treatment for the person with systemic arterial hypertension: an ethnographic study. Rev Lat Am Enfermagem, 21(5);1022–9.
6. Hirani SP, Newman SP. 2005. “Patients beliefs about their cardiovascular disease”. Heart, 91; 1235–39.
7. Hrabak Žerjavić V i sur. 2010. Epidemiologija hipertenzije, moždanog udara infarkta miokarda u Hrvatskoj. Medix, 16, 87/88; 102–7.
8. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015. godinu. Zagreb. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016.
9. Ivanuša M. 2014. Novosti u epidemiologiji srčanožilnih bolesti i zbrinjavanju arterijske hipertenzije“. Medicus, 23(1): 53–62.
10. Janjić Zovko N, Rumboldt M. 2015. Uzroci loše kontrole hipertenzije u obiteljskoj medicini. Med Fam Croat, 23, 2, 21–9.
11. Lawton R et al. 2016. „Using the Theoretical Domains Framework (TDF) to understand adherence to multiple evidence-based indicators in primary care: a qualitative study“. Implement Sci, 8;11:113.
12. Lo SH et al. 2016. „ Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults With Hypertension“. J Cardiovasc Nurs, 31(4):296–303.

13. Maslakkpak MH, Safaie M. 2016. „A Comparison between The Effectiveness of Short Message Service and Reminder Cards Regarding Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Randomized Controlled Clinical Trial“. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 4(3):209–18.
14. Merwe W, Merwe V. 2011. “Difficult Hypertension Clinic Utilizing a Nurse Specialist: A Cost-Efficient Model for the Modern Era?”. *J Clin Hypertens*; 17(9):732–6.
15. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. 2002. “The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)”. *Psychology and Health*; 17:1-16.
16. Moura DJM et al. 2011. “Nursing care to the client with hypertension: a bibliographic review“. *Rev. bras. enferm*, 64, 4; 759–765.
17. Pavlović D i suradnici. 2007. „Kako poboljšati uspješnost liječenja hipertenzije?“ *Medicus*, 16,2; 201–4.
18. Pendelton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. 2004. „The New Consultation Developing doctor-patient communication.“ New York:Oxford University Press.
19. Petriček G. 2012. „Iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tipa 2 i infarkta miokarda u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika“. Dostupno na [http://medlib.mef.hr/2120/1/dis\\_petriček.pdf](http://medlib.mef.hr/2120/1/dis_petriček.pdf).
20. Petrie KJ, Buick DL, Weinman J, Booth RJ. 1999. “Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients.” *J Psychosom*; 47(6):537–43.
21. Raymundo AC, Pierin AM. 2014. “Adherence to anti-hypertensive treatment within a chronic disease management program: A longitudinal, retrospective study”. *Rev Esc Enferm USP*, 48(5):811–9.
22. Strauss A, Corbin J. 1998. “Basic of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory.” London 2<sup>nd</sup> edition Sage publications.
23. Svensson S, Kjellgren KI, Ahlner J, Saljo R. 2000. “Reasons for adherence with antihypertensive medication”. *Int J Cardiol*, 76:157–163.
24. Stewart M, Brown JB, Weston WW et al. 2003. “Patient-centered medicine: transforming the clinical method“. Oxon: Radcliffe Medical Press.

25. Vermeire E, Hearnshaw H, Rätsep A, Levasseur G, Petek D, van Dam H, van der Horst F, Vinter-Repalust N, Wens J, Dale J, Van Royen P.2007.“Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: an international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTACLE).Prim Care Diabetes;1(1):25–33.
26. Vrabec B, Babić L. 2013.“Specifičnost skrbi od povišenog krvnog tlaka“. Hcjz, 9, 34; 18–26.
27. Wright WL et al. 2011. „ Hypertension treatment and control within an independent nurse practitioner setting. Am J Manag Care, 17(1):58–65.

## 12. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 10. listopada 1967. godine u Švedskoj gdje sam živjela do početka osnovne škole. Osnovnu i srednju medicinsku školu završila sam u Karlovcu. Pripravnički staž odradila sam u Domu zdravlja Karlovac. Od 1999 godine radim u ambulanti obiteljske medicine u Karlovcu. Stručni studij sestrinstva upisala sam 2008. i završila 2011. godine. Tema završnog rada bila je „Prevenција kardiovaskularnih bolesti u PZZ“. Od tada sudjelujem u koordiniranju i provođenju vježbi iz Zdravstvene njege u zajednici na Stručnom studiju sestrinstva u Karlovcu. Sveučilišni studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Zagrebu upisala sam 2014. godine. Živim sa suprugom i kćeri u Dugoj Resi.

### 13. PRILOZI

#### Prilog 1. ODOBRENJE ETIČKOG POVJERENSTVA DOMA ZDRAVLJA KARLOVAC

**DOM ZDRAVLJA KARLOVAC**

**Etičko povjerenstvo**

Broj: 01-3/015-16

Karlovac, 06.04., 2016.

Na temelju članka 69. Zakona o zdravstvenoj zaštiti NN br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14) i Poslovnika o radu Etičkog povjerenstva, a sukladno odredbama Zakona o lijekovima (NN br. 76/13, 90/14) i odredbama Pravilnika o kliničkim ispitivanjima lijekova i dobroj kliničkoj praksi ( NN br. 25/15), Etičko povjerenstvo je na sjednici održanoj 05.04. 2016. g., jednoglasno donijelo sljedeću

#### ODLUKU

Birgitti Maćešić, bacc.med.techn, odobrava se provođenje istraživanja u Ambulanti opće medicine prim. Mirice Rapić i dr Blaženke Polović, u svrhu izrade diplomskog rada pod nazivom "Mišljenja bolesnika s arterijskom hipertenzijom o čimbenicima koji utječu na provođenje preporučenog liječenja".

Prikupljanje podataka se mora provoditi u skladu sa važećim propisima za istraživanja, moraju se poštivati temeljni etički i bioetički principi sukladno pozitivnim međunarodnim dokumentima, načela dobre kliničke prakse i dobrovoljnosti sudjelovanja ispitanika, te se mora osigurati privatnost i tajnost podataka bolesnika uključenih u istraživanje.

#### ČLANOVI ETIČKOG POVJERENSTVA:

1. [Signature]
2. [Signature] Biserka Čizarić, dr.med.  
Božidar Mušura 0029050  
dr. dent. med.
3. [Signature] Anita Bžanić Brkljačić  
92921  
dr. dent. med.
4. [Signature] 351741

## Prilog 2. MIŠLJENJE ETIČKOG POVJERENSTVA DOMA ZDRAVLJA KARLOVAC

### DOM ZDRAVLJA KARLOVAC ETIČKO POVJERENSTVO

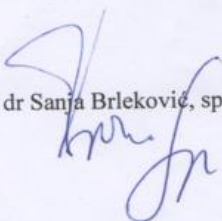
Broj: 01-310/2-16

Na temelju članka 23. Pravilnika o etičkom povjerenstvu, Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Karlovac je na sjednici održanoj dana 05.04.16. godine, povodom prijedloga Birgitte Maćešić, bacc. med. techn. za ocjenu etičnosti prijedloga istraživanja u okviru završnog rada na sveučilišnom diplomskom studiju sestrinstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod mentorstvom doc. dr. sc. Goranke Petriček, specijaliste obiteljske medicine, pod nazivom "Mišljenja bolesnika s arterijskom hipertenzijom o čimbenicima koji utječu na provođenje preporučenog liječenja", donijelo sljedeće

#### MIŠLJENJE

U predloženom projektu "Mišljenja bolesnika s arterijskom hipertenzijom o čimbenicima koji utječu na provođenje preporučenog liječenja", voditelja Birgitte Maćešić, poštuju se etička načela i daje se suglasnost za njegovo izvođenje.

Predsjednica Etičkog povjerenstva

  
dr. Sanja Brleković, spec. obit. med.



### Prilog 3: OPĆI PODACI O ISPITANICIMA I BOLESTI (ispisuje sam ispitanik)

Šifra ispitanika (sam odabire) /\_/\_/\_/

1. Dob: \_\_\_\_\_
2. Spol: M, Ž
3. Mjesto rođenja: \_\_\_\_\_
4. Školska sprema: 1. osnovna, 2. srednja, 3. viša i visoka
5. Radno aktivan/u mirovini

#### **1. Trajanje arterijske hipertenzije:**

< 5 godina

5 – 10 godina

> 10 godina

#### **2. Terapija arterijske hipertenzije**

Dijeta

Vježbanje

Dijeta + vježbanje

Dijeta + vježbanje + tablete

Vježbanje + tablete

Dijeta + tablete

Tablete

#### **3. Praćenje bolesti**

Opći/obiteljski liječnik isključivo

Kardiolog u bolnici isključivo

Opći/obiteljski liječnik + kardiolog

Opći/obiteljski liječnik + medicinska sestra

Opći/obiteljski liječnik + patronažna sestra

Opći/obiteljski liječnik + medicinska sestra + patronažna sestra