

Strokovni prispevek/Professional article

ZAVZETOST BOLNIKOV Z ARTERIJSKO HIPERTENZIJO ZA ZDRAVLJENJE

PATIENT COMPLIANCE IN THE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION

Janja Ahčin

Zdravstveni dom Fužine, Preglov trg 34, 1110 Ljubljana

Prispelo 2003-10-16, sprejeto 2004-01-15; ZDRAV VESTN 2004; 73: 69-72

Ključne besede: kvalitativna raziskava; fokusna skupina; bolnikova stališča; arterijska hipertenzija; zavzetost za zdravljenje

Izvleček – Izhodišča. Zdravnik družinske medicine ima pomembno vlogo pri odkrivanju in zdravljenju bolnikov z arterijsko hipertenzijo. Na izid zdravljenja arterijske hipertenzije pomembno vplivata zavzetost bolnika in zdravnika za zdravljenje. Namen te kvalitativne raziskave je dobiti vpogled, kakšna so stališča in prepričanja bolnikov o arterijski hipertenziji, predpisanem zdravljenju in s katerimi ovirami se bolniki srečujejo pri zdravljenju.

Metode. Uporabljena je bila kvalitativna metodologija s fokusno skupino sedmih bolnikov z arterijsko hipertenzijo. Snelman pogovor na audiodokaseto je bil prepisan in preverjen. Podatke so analizirali trije neodvisni raziskovalci z vsebinsko analizo besedila preko označevanja pomembnih citatov, kodiranja, združevanja kod v teme in kategorije. Uporabljena je bila induktivno izpeljana teorija (grounded theory).

Rezultati. Zavzetost bolnika za zdravljenje povečujejo: partnerski odnos in zaupanje v zdravnika, zdravstvena vzgoja in sprejemljivost zdravila za bolnika. Zmanjšujejo jo: brezsimptomnost bolezni, pomanjkljivo obveščanje o bolezni in nezaželenih učinkih zdravil, slabo počutje po zdravljenju in dolgotrajno čakanje pri zdravniku.

Zaključki. Arterijska hipertenzija bolnikom ne povzroča težav, zato so manj zavzeti za zdravljenje. Bolniki se zavedajo povezanosti med arterijsko hipertenzijo in življenjskim slogom. Z zdravstveno vzgojo in izkušnjami postopno spoznavajo, da je njihova bolezen resna. Zaupanje v zdravnika in zdravilo povečuje zavzetost za zdravljenje. Bolniki se morajo na zdravilo spomniti in navaditi. Moti jih pomanjkljivo obveščanje o bolezni, nezaželenih učinkih zdravil in menjava zdravil.

Key words: qualitative study; focus group; patient opinions; hypertension; compliance

Abstract – Background. The family medicine doctor has an important role at discovering and treating hypertension patients. There is no doubt that many factors contribute to poor compliance with long-term antihypertensive therapy. They can originate both sides – patient's and doctors. The aim of the present qualitative study is to get an insight into which are the patient's points of view as well as his beliefs about the hypertension, the prescribed treatment and which obstacles the patients meet during their treatment.

Methods. The qualitative methodology was used with the focus group that included seven hypertension patients. Patients' words/presentation were recorded, transcribed and checked. The data were analysed by three independent researchers by means of the text analysis through the marking of significant quotations, coding, assembling of codes into themata and categories. The grounded theory was used.

Results. Patient compliance in the treatment is increased by relation of partnership and trust in his doctor, medical education and patient's acceptability of medicament. On the other hand, it is decreased by the fact that disease is symptomless, lack of information about the disease and unwanted side effects of medicaments, bad feeling after medicaments taking and long waiting period.

Conclusions. An important issue in failure to control hypertension is low compliance with treatment, which remains a universal problem. Compliance involves not only taking the prescribed medications but also adherence to follow-up appointments and maintaining the recommended lifestyle modifications. Furthermore, the patient should be an active participant in the plan of care. Patients' knowledge of hypertension and its complications is an important factor in achieving better compliance, and hence control.

Če boš prisluhnil bolniku,
te bo on učil.

(Robin McKenzie)

Uvod

Arterijska hipertenzija je eden od najpomembnejših in najbolj pogostih dejavnikov tveganja za razvoj bolezni srca in ožilja (1). V epidemiološki raziskavi o arterijski hipertenziji v Sloveniji leta 1985 so ugotovili, da 22% bolnikov z arterijsko hipertenzijo ni vedelo za svojo bolezen, samo 40% se jih je

med raziskavo zdravilo, od tega le 30% zadostno, zdravljenih pa je bilo celo 8% oseb z normalnim krvnim tlakom (2). Tudi v raziskavi NHANES III v ZDA, ki je potekala v letih 1985 do 1991, so ugotovili, da 35% ljudi ni vedelo, da imajo arterijsko hipertenzijo, le 49% bolnikov z arterijsko hipertenzijo je prejelo zdravila in samo 21% slednjih je bilo ustrezno zdravljenih (3).

Anketa, ki so jo naredili na Kliničnem oddelku za arterijsko hipertenzijo v Ljubljani, je pokazala, da ima sistolični krvni tlak ustrezno nadzorovan le 11,4% bolnikov, diastoličnega 34% in oba le 9,1%. Še bolj je zaskrbljujoč podatek, dobljen v tej anketi, da zdravniki družinske medicine v 65% ne bi ukrenili nič, čeprav bolniki nimajo ustrezno nadzorovane arterijske hipertenzije (4). Dokler zdravstvena statistika prikazuje naraščanje možganske kapi, s tem dokazuje neustrezen nadzor arterijske hipertenzije v Sloveniji (5).

Arterijsko hipertenzijo odkrivajo in zdravijo predvsem zdravniki družinske medicine. Vendar se zdi, da se v vsakodnevni praksi premalo zavedamo pomembnosti neustreznega obravnavanja arterijske hipertenzije, ne upoštevamo smernic za zdravljenje ali pa jih ne razumemo dovolj dobro (6). Rezultati raziskave HOT so pokazali, da je možno krvni tlak normalizirati pri veliki večini bolnikov (7).

Neuspeh pri doseganju ciljnega krvnega tlaka je v največji meri odvisen od dveh vidikov zavzetosti za zdravljenje: bolnikove in zdravnikove. Raziskovali so čez 200 spremenljivk, ki bi lahko napovedovale zavzetost za zdravljenje, vendar je področje pomanjkljivo obravnavano iz zelo pomembne perspektive – s strani bolnika. Zavzetost za zdravljenje (angl. compliance) lahko opredelimo kot stopnjo, do katere se obnašanje osebe (v smislu jemanja zdravil, izvajanja diete in spremembe življenjskega sloga) ujema z zdravstvenimi priporočili. Zavzetost za zdravljenje bi se lahko izboljšala ob razumevanju bolnikovih izkušenj z boleznijo in zdravljenjem (8).

Zdravniki družinske medicine imamo pomembno vlogo pri večanju bolnikove zavzetosti za zdravljenje. Večina raziskav navaja, da je pri kroničnih bolnikih zavzetost za zdravljenje okrog 50%. Ocenjujejo, da 1/3 bolnikov z arterijsko hipertenzijo predpisana zdravila redno jemlje, 1/3 občasno in 1/3 z jemanjem zdravil preneha. A celo tisti, ki zdravila redno jemljejo, jih po navadi ne jemljejo tako, kot je predpisano (9). Najslabše je pri priporočenih spremembah življenjskega sloga, saj do 75% bolnikov ne uspe upoštevati navodil zdravnika (10).

Sodobno pojmovanje zdravljenja temelji na uravnoteženem in partnerskem odnosu med bolnikom in zdravnikom. Bolnik naj ima aktivno vlogo v procesu zdravljenja in naj se z načinom zdravljenja strinja, ne pa da se le pasivno podreja zdravnikovim navodilom. Ustvarjalnost v procesu zdravljenja pomeni medicinsko zdravljenje, samozdravljenje in osebno rast obeh – bolnika in zdravnika (11).

Za bolnike s kronično boleznijo je pomembno, da se naučijo pravilnega in kakovostnega življenja z boleznijo. Individualna obravnava bolnika z arterijsko hipertenzijo je dobra metoda le na začetku bolezni, kasneje pa je potrebna obsežnejša in temeljita zdravstvena vzgoja, ki jo lahko nudimo v obliki skupinskega dela (12).

Namen raziskave

Namen te kvalitativne raziskave je dobiti vpogled, kakšna so stališča in prepričanja bolnikov o arterijski hipertenziji, predpisnem zdravljenju in v ugotavljanju ovir, na katere naletijo bolniki pri zdravljenju. Dosedanje raziskave so se večinoma ukvarjale s pogledi in pričakovanji zdravnika. S to raziskavo želimo dobiti vpogled, kako bolniki z arterijsko hipertenzijo v Sloveniji doživljajo svojo bolezen zato, da bi oblikovali učinkovite ukrepe za izboljšanje zavzetosti za zdravljenje. Namen raziskave ni posploševanje rezultatov na celotno populacijo.

Metode dela

Izbir bolnikov

V ZD Vevče je bilo pisno povabljenih 8 bolnikov. Izbir bolnikov ni bil naključen in je bil prilagojen namenu raziskave in metodologiji zbiranja podatkov (fokusna skupina). Vzorec je odseval širino raziskovane populacije, tako glede spola, starosti, poklica in dolžine trajanja arterijske hipertenzije. Vključeni so bili bolniki, ki imajo ugotovljeno arterijsko hipertenzijo in jim je bilo svetovano zdravljenje z zdravili pred najmanj enim letom. Vključitveno merilo je bilo tudi, da dobro slišijo in da obvladajo slovenski jezik. Bolnike so izbirali zdravniki družinske medicine v ZD Vevče in se med seboj niso poznali.

Zbiranje podatkov

Podatke sem zbirala z metodo fokusne skupine. Pogovor z bolniki, ki je trajal 70 minut, je usmerjal moderator. Postavljali so vnaprej pripravljena vprašanja odprtega tipa, preverjal, ali udeleženci vprašanja razumejo, in skrbel za to, da so spoštovali tempo. Za vsako vprašanje je bilo na voljo približno 15 minut. Spodbujal je udeležence pogovora, tako da so lahko prav vsi izrazili svoja mnenja, stališča in izkušnje in usmerjal odnose med njimi. V fokusni skupini je bil prisoten tudi opazovalec, ki je tiho spremljal pogovor in si sproti zapisoval pomembne podatke. Opazoval je nebesedno sporazumevanje v skupini. Pogovor smo snemali z avdiosnemalno pripravo in kasneje prepisali.

Priprava podatkov in analiza

Verodostojnost med pogovorom, posnetim na avdiokaseto, in prepisom (transkript) sta preverila dva neodvisna raziskovalca. Prepis pogovora je osnova za analizo. Podatke so analizirali trije neodvisni raziskovalci z vsebinsko analizo besedila preko označevanja pomembnih citatov, kodiranja in združevanja kod v teme in v nekaj kategorij. Kode predstavljajo posebne značilnosti podatkov. Z njimi ugotavljamo odnose med različnimi sporočili, ki jih povedo udeleženci. Analize vseh treh neodvisnih raziskovalcev so bile poenotene v osebni razpravi. Postopek analize besedila je bil večkrat ponovljen. Ponašljali in nadgrajevali smo ga, dokler nismo našli novih modelov povezav, vpogledov, doživljanja in vedenjskih vzorcev v okviru raziskovanega področja. Uporabili smo induktivno izpeljano teorijo »grounded theory«, kjer poteka poglobljena analiza podatkov (15). Nadzor nad kakovostjo podatkov je bil zagotovljen z analizo treh neodvisnih raziskovalcev.

Rezultati

Od osmih vabljenih bolnikov se je odzvalo sedem bolnikov, štiri ženske in trije moški v starosti od 50 do 63 let (povprečna starost 58 let). Šest jih je bilo upokojenih, trije so imeli visoko izobrazbo, trije srednjo in eden končano osnovno šolo. Dva sta bila zaposlena v zdravstvu. Trije bolniki jemljejo zdravila 3 leta, eden 10 let, eden 12 let, eden 20 let in eden 30 let.

Bolnikovo doživljanje arterijske hipertenzije

Vseh sedem bolnikov je reklo, da jim arterijska hipertenzija ne povzroča prav nobenih težav in da jih ta bolezen ne obremenjuje.

B2 (odgovor bolnika številka 2): »V bistvu se nič slabše ne počutim in me ta bolezen ne obremenjuje. Držim se tistega reda, vsak dan eno tabletko in živim naprej.«

Pet bolnikov je reklo, da arterijska hipertenzija zanje ni bila nobeno presenečenje, ker jo imajo v družini. Bolniki se bolj bojijo sladkorne bolezni kot arterijske hipertenzije.

B5: »Mene to ni nič presenetilo, ker je to v družini, po mamini in očetovi strani.«

B6: »V družini imamo pritisk in sladkorno, ampak k sreči je brat prišel na sladkorno, jaz pa na hipertenzijo.«

Bolniki so prepričani, da poznajo svoje telo in čutijo, kdaj imajo povišan krvni tlak. Ob glavobolu najprej pomislijo na povišan krvni tlak.

B6: »Točno vem, kdaj ga imam. Lahko si ga sama pomerim in vem, kaj je narediti.«

Bolniki iščejo vzrok za povišan krvni tlak znotraj in zunaj sebe. Zavedajo se, da je povišan krvni tlak povezan z življenjskim slogom. Poslušujejo se samozdravljenja.

B1: »Ne kadim, ne pijem, veliko hodim, nisem predebel. Imam stres v službi. Mislim, da je nervoza vzrok za pritisk.«

B6: »Ko sem bila še mlada, sem zraven zdravil pila še čaj iz bele omele.«

Seznanjanje bolnika z boleznijo

Bolniki dobivajo informacije o arterijski hipertenziji v družini, od sobolnikov, sodelavcev in znancev, iz brošur in knjig, medijev in od zdravstvenega osebja. Nekateri bolniki niso dobili bistvenih informacij o bolezni, npr. da je zdravljenje doživljenjsko.

B6: »Osební zdravnik mi je razložil glede pritiska in meni se zdi kar normalen postopek. Nič mi ni bilo tuje. Veliko sem tudi prebrala, v službi smo drug drugemu dajali navodila, ampak pametni smo bili pa vsi, več smo vedeli kot zdravniki.«

B3: »Nikoli mi ni nihče rekel, da ko začneš enkrat jemati zdravila, da je to do konca življenja. In jaz sem bila tako pametna in sem nehala.«

B2: »Name je vplivala TV oddaja, v kateri so pokazali vodovodne cevi, koliko je bilo v njih kamna – se pravi to so naše žile. Prej ko pritisk zdraviš, boljše je.«

Bolj ko je bolnik seznanjen z boleznijo, večja je njegova zavzetost za zdravljenje. Zavzetost za predpisano zdravljenje je večja, če je bolnik prepričan v svojo ranljivost oziroma odgovornost za bolezen in njene posledice. Bolniki za dožemanje resnosti bolezni potrebujejo čas. Nekateri bolniki pričakujejo dolgo življenje kljub povišanemu krvnemu tlaku.

B3: »Mojega brata je infarkt, po tistem sem pa nekje bolj začela gledati na pritisk, ker je deden.«

B6: »Ta kap je res malo čudna zadeva, ker je tudi moj mož umrl za kapjo. Bila sem zraven, tako da vem, kaj to pomeni. Človek mora kar sam sebe pripeljati do tiste točke, da se zave, kaj ta bolezen sploh pomeni. Pri drugih človek vidi, pri sebi ne.«

B1: »Vsi moji so pomrli pri 85 in 90 letih zaradi kapi, pa so tudi klobase jedli in špeh. Upam, da bom tudi jaz dočakal toliko let.«

Odnos bolnik – zdravnik

Bolniki poudarjajo pomen zaupanja v zdravnika.

B2: »Zaupam zdravnici. Vesel sem, da se vsake tri mesece vidi, da me oskrbi z zdravili.«

Nihče od bolnikov ni omenil, da bi bil kdaj pohvaljen od zdravnika. En bolnik je omenil, da ga je zdravnik okaral, ker je sam spremenil predpisano terapijo. Bolnike je strah zdravniku povedati, da so prenehali z jemanjem zdravil. O spreminjanju predpisane zdravljenja nekateri povedo zdravniku, drugi ne.

B6: »Prenehala sem z zdravili, ker sem bila tako pametna. Ker se mi je vrtelo, sem hitro šla k zdravniku. Nisem se mu upala povedati. Izmeril mi je pritisk in je videl, da je visok.«

Ovire pri zdravljenju

Bolniki menijo, da imajo pri zdravniku pogosto višji krvni tlak, kot ga imajo v resnici, in so zato zbegani. Nekaterim se zato

ne zdi smiselno meriti krvni tlak doma. Prepričani so, da je njihov krvni tlak bolj urejen, kot jim ga je zmeril zdravnik.

B4: »Pri zdravnici imam vedno malo višji pritisk, spodnji je vedno večji, ne vem zakaj.«

Bolniki se morajo spomniti, da vzamejo zdravilo in se na zdravilo navaditi. Če je jemanje zdravil rutinsko, zdravljenje ne predstavlja ovir.

B7: »Zjutraj se moram spomniti, ko si umivam zobe, da moram še tableto dol spraviti.«

Pomembna ovira pri zdravljenju je dolga čakalna doba za pregled pri zdravniku.

B6: »Ko sem bila še mlajša, so bile vrste pri zdravniku večje, pa sem si rekla, saj imam v redu pritisk, pa sem nehala jemati zdravila.«

Začetek zdravljenja z zdravili je lahko povezan z neprijetnimi simptomi, ki lahko nastanejo zaradi znižanja dolgotrajno zvišanega krvnega tlaka ali zaradi neželenih učinkov zdravil.

B1: »Vzel sem tableto, pa mi je pritisk tako padel, da sem se še slabše počutil in sem nehala.«

Odnos bolnika do zdravil

Nihče od bolnikov ni rekel, da ne more vsak dan vzeti zdravila. V preteklosti so nekateri bolniki neredno jemali zdravila, sedaj pa jih redno jemljejo, ker se po njih dobro počutijo. Moti jih, če morajo vzeti zdravilo večkrat dnevno. Najraje vzamejo zdravilo le enkrat dnevno. Bolniki mislijo, da jim zdravnik zamenja zdravilo zato, da se nanj ne bi navadili. Nihče ni omenil, da bi mu zdravnik razložil, zakaj mu je zamenjal zdravilo.

B6: »Več kot trideset let jemljem zdravila. Dobro je, da smo jih tudi malo zamenjali, da se telo ne bi navadilo nanje. Ko sem zdravila jemala trikrat na dan, mi je pritisk tako padel, da sem se res slabo počutila. Sedaj se po zdravljenju res dobro počutim in jih redno jemljem.«

Bolniki so povedali, da so prenehali z jemanjem zdravil, ker jim je zdravil zmanjkalo in se jim ni dalo čakati pri zdravniku ali pa ker so se po zdravljenju slabo počutili.

B3: »Ko mi je zmanjkalo zdravil, sem si jih sposodila pri kolegici. Ni bilo dobro, ker je bila doza večja.«

Nihče ni rekel, da bi prenehal z jemanjem zdravil zaradi neželenih učinkov. Štirje bolniki so omenili, da so imeli otekanje gležnjev, kašelj ali izpuščaji. Bolniki so imeli občutek površnega seznanjanja z neželenimi učinki zdravil. Sami iščejo informacije o možnih neželenih učinkih.

B6: »Kar nekaj časa sem trpela in se nisem dobro počutila po zdravljenju. Tudi izpuščaje sem dobila. Potem pa sem le povedala zdravnici.«

Nekateri bolniki so omenili, posebno tisti, ki so že kdaj imeli neželene učinke, da vedno preberejo, kakšne neželene učinke ima zdravilo. Prebrani neželeni učinki bolnike begajo. Nekateri se o prebranih neželenih učinkih posvetujejo z zdravnikom. Nekateri bolniki ne berejo, kakšne neželene učinke ima zdravilo.

B6: »Vedno pogledam neželene učinke. Sem pa prav preseščena, ker pri enih zdravljenjih so tako čudni, kot da boš skoraj jutri umrl, če boš tisto zdravilo vzela.«

B7: »Ker cele zadeve ne razumem in je ne poznam, zato ne berem, ker enostavno premalo o celi zadevi vem. Potem si v temi.«

Bolniki so poudarili, da je pomembno verjeti v učinkovitost zdravila.

B1: »Verjamem v zdravilo. To mogoče tudi pomaga. Še v denarnici nosim tableto. Vedno jo imam v rezervi.«

Vsi bolniki so vedeli, da se z jemanjem zdravil ne sme prekiniti in da je zdravljenje doživljenjsko. Največkrat si sami spremenijo zdravljenje, ker se po njem slabo počutijo ali ker si sami izmerijo visok tlak.

B4: »Pred tremi meseci sem dobila novo zdravilo in ker mi ni pritisk nič padel, sem vzela zraven še zdravilo, ki sem ga jemala že prej. Potem sem šla k zdravnici in sem bila kregana.«
Vsi bolniki so bili prepričani, da so dražja zdravila bolj učinkovita. Vsi bi bili pripravljani plačati za zdravilo, ki je bolj učinkovito in po katerem bi se dobro počutili, če bi jim le finančno stanje to omogočalo. Nekateri se bojijo zamenjave originalnih zdravil z generičnimi.

B5: »Kar bojim se zamenjave, tako dolgo smo izbirali in kombinirali ta zdravila, zdaj pa spet na drugo zdravilo. Ne vem, kako bo. Najbrž bom rajši doplačala.«

B7: »Sigurno je tako, da so dražja zdravila boljša, ni pa rečeno, da vsem koristijo.«

Razpravljanje

Raziskava se loteva enega temeljnih področij družinske medicine: sodelovanja med bolnikom in zdravnikom pri zdravljenju arterijske hipertenzije. Zdravniki pogosto menimo, da vemo, kakšen je pravičen odnos do bolnika. Lastimo si pravico, da smo samo mi strokovnjaki, ob tem pa pozabljamo, da smo morda strokovnjaki za bolezen, bolniki pa so strokovnjaki za svoje zdravstvene težave (13).

Bolniki arterijske hipertenzije ne doživljajo kot bolezen, saj jim ne povzročajo nobenih težav. Zmotno povezujejo simptome in povišan krvni tlak. Kot simptom arterijske hipertenzije bolniki najbolj pogosto opisujejo glavobol in vrtoglavico.

Vzrok za povišan krvni tlak iščejo zunaj in znotraj sebe. Za zdravljenje jih najbolj motivirata soočenje s posledicami arterijske hipertenzije v družini in zdravstvena vzgoja. Za soočanje s posledicami bolezni potrebujejo čas. Pomembno je, da dobijo bolniki temeljne informacije o bolezni od zdravnika. Pokazala se je pomembnost zaupanja tako v zdravnika kot v zdravilo. Zadovoljnost bolnika z zdravnikom je tesno povezana z zavzetostjo za zdravljenje (14). Bolniki zdravnika doživljajo kot avtoriteto.

Praktične ovire pri zdravljenju so: dolgotrajno čakanje pri zdravniku, ko jim zmanjka zdravil, slabo počutje po zdravljenju in pomanjkanje rutine jemanja zdravil. Ovira je tudi zmotna prepričanost o urejenosti krvnega tlaka. Bolnike skrbi menjava originalnih zdravil za generična.

Nihče v fokusni skupini ni prenehal jemati zdravil zaradi neželenih učinkov, kar se ne ujema z drugimi raziskavami (13). Omenili pa so pomanjkljivo seznanjanje z neželenimi učinki zdravil, tako da morajo informacije o neželenih učinkih zdravil iskati drugod. Raziskave kažejo, da seznanjen bolnik lažje prepozna stranski učinek, če se ta pojavi, in se torej lahko bolj učinkovito sporazumeva z zdravnikom. Seznanjanje bolnikov o možnih stranskih učinkih pred začetkom jemanja novega zdravila ne povzroča njihove večje pogostosti. Za avtokratski odnos je značilno, da zdravnik stranskih učinkov ne pojasnjuje, za partnerskega pa, da zdravnik čimbolj pojasni vse predvidene stranske učinke (13).

Z leti trajanja arterijske hipertenzije zavzetost za zdravljenje udeležencev fokusne skupine narašča, medtem ko druge raziskave kažejo, da z leti zavzetost bolnikov upada (16). Ni bilo razlike v zavzetosti za zdravljenje med moškimi in ženskami, čeprav druge raziskave kažejo, da je zavzetost za zdravljenje pri moških manjša (1). Pokazalo se je tudi, da je zavzetost za zdravljenje manjša, če jemljejo več vrst zdravil ali če so odmerjana večkrat dnevno, kar se ujema z drugimi raziskavami (16).

Vir največje možne pristranosti je v tej raziskavi le ena fokusna skupina s sedmimi bolniki. V tej skupini tudi ni mladih bolnikov z arterijsko hipertenzijo. Lahko domnevam, da zato ni prišlo do zasičenosti podatkov.

Drugi vir možne pristranosti je izbira bolnikov. Predvidevam lahko, da so zdravniki družinske medicine pisno povabili ti-

ste bolnike, za katere so predvidevali, da se bodo odzvali vabilu. Iz tega lahko sklepam, da so v raziskavi sodelovali bolniki, ki so bolj zavzeti za zdravljenje kot splošna populacija. Tretji vir možne pristranosti je ta, da je pogovor vodil moderator, ki je zdravnik družinske medicine v istem zdravstvenem domu, kot ga obiskujejo udeleženci fokusne skupine.

Zaključki

Zaradi brezsimptomnosti bolezni so bolniki z arterijsko hipertenzijo manj zavzeti za zdravljenje.

Z zdravstveno vzgojo bolniki »dobijo občutek«, da je njihova bolezen resna.

Partnerski odnos med bolnikom in zdravnikom omogoča večjo zavzetost bolnikov za zdravljenje.

Pomembne ovire pri zdravljenju so: prepričanost bolnika o urejenosti krvnega tlaka, slabo počutje po zdravljenju in dolgotrajno čakanje pri zdravniku.

Bolnikom se zdi, da so premalo seznanjeni z neželenimi učinki zdravil.

Zahvala

Iskreno se zahvaljujem mentorici asist. mag. Danici Rotar-Pavlič, dr. med., spec. spl. med., za dragocene nasvete, uvajanje v raziskovalno delo in za spodbudo k pisanju tega članka. Hvaležna sem Davorini Petek, dr. med., spec. spl. med., za učinkovito uvajanje v skrivnosti vsebinske analize besedila in potrpežljivo pomoč pri kodiranju. Zahvaljujem se Marinki Šlajpah, dr. med., specializantki družinske medicine, za vodenje fokusne skupine in pomoč pri kodiranju. Hvala Alešu in Mileni Erpič ter Nataši Ahčin za tehnično pomoč. Ne nazadnje se zahvaljujem vsem sodelujočim bolnikom za zavzetost, iskrenost in edinstveno možnost, da sem se lahko učila od njih.

Literatura

- Accetto R, Dobovišek J. Slovenske smernice za obravnavanje bolnikov z arterijsko hipertenzijo. Ljubljana: Sekcija za arterijsko hipertenzijo SZD, 2000.
- Jezeršek P, Accetto R, Cibic B et al. Šiška, a suburb of Ljubljana, Slovenia. In: Strasser T, Wilhelmsen L. Assessing hypertension control and management. WHO Regional Publications, European Series, 1993, No. 47: 43-54.
- National high blood pressure education program working group report on primary prevention of hypertension. Arch Intern Med 1993; 153: 186-208.
- Accetto R, Žemva A, Dolenc P. Nadzor arterijske hipertenzije v Republiki Sloveniji. Zdrav Vestn 2001; 70: 279-83.
- Dobovišek J. Nadzor krvnega tlaka v Sloveniji - zgodba o neuspehu ali samo pričakovani odsev stanja v svetu. Zdrav Vestn 2002; 71: 213-4.
- Dobovišek J, Accetto R. Arterijska hipertenzija. Ljubljana: Sekcija za arterijsko hipertenzijo SZD, 1997: 385-91.
- Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG et al. Effect of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patient with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial: HOT Study Group. Lancet 1998; 351: 1755-62.
- Petek D. Ovire sodelovanja bolnikov pri zdravljenju. Med Razgl 2002; 41: 321-7.
- Murphy J, Coster G. Issues in patient compliance. Drugs 1997; 54: 797-800.
- DiMatteo MR. Enhancing patient adherence to medical recommendations. JAMA 1994; 271: 79-80.
- Rotar-Pavlič D. Modeli sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom. In: Švab I eds. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 41-51.
- Žalar A. Uspešnost različnih oblik zdravstvenovzgojnega dela za hipertonične. Zdrav Vestn 1993; 62: 49-52.
- Lamb G, Green S, Heron J. Lahko zdravniki posvarijo bolnike pred možnimi stranskimi učinki zdravil brez bojazni, da bi jih s tem izzvali. JAMA 1995; 5: 23-6.
- Drinovec J. Odnos zdravnik - bolnik - njegovo ocenjevanje in merjenje. Zdrav Vestn 1998; 67: 579-82.
- Pope C, Ziehlend S, Mays N. Analysing qualitative data. BMJ 2000; 320: 114-6.
- Nuesch R, Schroeder K, Dieterle T, Martina B, Battegay E. Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case - control study. BMJ 2001; 323: 142-6.