

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

Zaključna projektna naloga

**PROMOCIJA ZDRAVJA V LOKALNI
SKUPNOSTI -
VPLIV NA SPREMEMBE VEDENJA
OBČANOV**

Damjana Sušanj

Koper, 2007

Mentor: asist. mag. Suzana Sedmak

POVZETEK

Zdravje omogoča in zagotavlja kakovostno življenje in je temeljni vir razvoja vsake družbe. Za zdravje je odgovoren vsak posameznik, dokazano pa je, da preventivne dejavnosti, ki zmanjšujejo pojav dejavnikov tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni, izboljšajo zdravje in kakovost življenja. Lokalne skupnosti imajo ključno vlogo pri omogočanju in spodbujanju zdravega življenjskega sloga svojih prebivalcev. V letu 2006 smo projekt "Več zdravja v občini" implementirali v okolja kjer ljudje živijo in delajo, pridobili veliko uporabnih informacij predvsem pa ugotovili, da so občani za zdravo življenje slabo pripravljeni, primanjkuje jim znanje o pomenu zdravega življenjskega sloga in škodljivosti razvad, kar je prvi pogoj za začetek razmišljanja o spremembi tveganega vedenja.

Ključne besede: dejavniki tveganja, družbene spremembe, kronične nenalezljive bolezni, navade, promocija zdravja, socialni marketing, stališča, vedenjski vzorci, vrednote, zdravje, zdrav življenjski slog

SUMMARY

Health assures quality of life and is a base of development for each society. It is a person's responsibility to preserve and keep it well. It is proved, that health promotion actions can improve health and quality of life. Local communities have a key role to stimulate their inhabitants to make their life style healthy. In the year 2006 we implemented the project "More health in community" in local communities where people live and work. We acquire a lot of useful information for further activities, and we realize that inhabitants are not enough prepared for healthy life, they don't have knowledge about the significance of healthy life style and harmful habits. They have to consider these facts as very important to make better their way of life.

Key words: risk factors, social changes, non communicable diseases, habits, health promotion, social marketing, attitudes, behavior patterns, values, health, healthy life-style

UDK: 614:35(043.2)

VSEBINA

1	Uvod	1
2	Javno zdravje in javno zdravstvo, socialni marketing, promocija zdravja	5
2.1	Javno zdravje in javno zdravstvo	5
2.2	Socialni marketing.....	6
2.2.1	Socialno marketinški splet	7
2.2.2	Socialno marketinški proces	9
2.3	Promocija zdravja.....	10
3	Projekt “Več zdravja v občini”, 2006.....	13
3.1	Utemeljitev projekta	13
3.2	Cilji projekta.....	14
3.3	Opis izvedenih aktivnosti projekta	15
3.4	Poročilo o življenjskem slogu udeležencev projekta	15
3.4.1	Socialne in demografske značilnosti.....	16
3.4.2	Zdravstveno stanje in skrb za zdravje.....	16
3.4.3	Prehranske navade	18
3.4.4	Prekomerna hranjenost in debelost.....	26
3.4.5	Telesna (gibalna) dejavnost.....	28
3.4.6	Kajenje tobaka	30
3.4.7	Alkohol	31
3.4.8	Spremembe življenjskega sloga.....	32
3.5	Evalvacijsko poročilo vseh delavnic in predavanj za občane	33
3.5.1	Namen evalvacije.....	33
3.5.2	Metoda zbiranja podatkov.....	34
3.5.3	Rezultati evalvacije.....	34
3.5.4	Sporočila, mnenja, pohvale in predlogi udeležencev predavanj in delavnic	38
3.5.5	Ključne ugotovitve o uspešnosti izvedbe projekta “Več zdravja v občini”in odnosu anketiranih občanov do življenjskega sloga	38
4	Zaključki.....	39
	Literatura in viri.....	41
	Priloge	43

SLIKE

Slika 2.1	Socialno-marketingški splet	9
Slika 3.2	Pogostost uživanja zajtrka, dopoldanske malice, kosila, popoldanske malice in večerje	22
Slika 3.3	Pogostost uživanja mleka in mlečnih izdelkov, svežega sadja, zelenjave, testenin, riža, krompirja, žitnih jedi	24
Slika 3.4	Pogostost uživanja perutnine, rdečega mesa, rib, morskih sadežev, jajc	24
Slika 3.5	Pogostost uživanja ocvrtih jedi, sendvičev, jedi iz pločevink, mesnih izdelkov z veliko maščobe, peciva ter gaziranih in negaziranih brezalkoholnih pijač	25
Slika 3.6	Izboljšanje prehranskih navad.....	26
Slika 3.7	Najlažje dosegljive spremembe življenjskega sloga na področju prehrane, gibanja, pitja alkoholnih pijač in kajenja tobaka	33
Slika 3.8	Ocena vsebine, poteka in organizacije delavnic ter predavateljev	35
Slika 3.9	Pridobljeno znanje, spretnosti, informacije in motivacija	35
Slika 3.10	Mnenje o možnosti aktivnega sodelovanja z vprašanji in izražanjem stališč, ustreznosti časa trajanja in lokacije predavanj in delavnic.....	36
Slika 3.11	Izpolnjenost pričakovanj udeleženih glede predavanj in delavnic	36
Slika 3.12	Koristnost predavanj in delavnic	37
Slika 3.13	Kje in na kakšen način so udeleženci izvedeli za predavanja in delavnice	37

TABELE

Tabela 2.1	Delež anketiranih z nezdravim ritmom prehranjevanja, pripravo in izborom živil na podlagi 22 mednarodnih kriterijev	20
Tabela 2.2	Delež anketiranih z zdravim ritmom prehranjevanja, pripravo in izborom živil na podlagi 22 mednarodnih kriterijev.....	21

KRAJŠAVE

FBDG	Food-Based Dietary Guidelines
ITM	Indeks telesne mase
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
WHO	World Health Organization

1 UVOD

Zdravje je najpomembnejša vrednota našega življenja in je temeljna človekova pravica. Definicija zdravja, ki jo je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija leta 1946 se glasi: "Zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja, funkcionalne sposobnosti in dobrega počutja ter ne le stanje brez bolezni ali poškodb." Definicija zdravja naj bi vključevala osebo kot celoto, splošno stanje telesa in duha.

Temeljni predpogoji za zdravje so:

- mir,
- varnost,
- izobrazba,
- hrana,
- zaslužek,
- stabilen ekosistem,
- ekološki viri,
- socialna pravičnost in enakopravnost.

Izboljšanje zdravja zahteva izpolnjevanje teh temeljnih pogojev (Hovnik Keršmanc 2005).

Skrb za zdravje ni samo ozek interes posameznika, ampak vse bolj postaja skrb družbe, kar pomeni, da je zdravje vse bolj družbena in ne le zasebna dobrina. Dobro zdravje je pglavitni dejavnik socialnega, gospodarskega in osebnostnega razvoja, je pomembna dimenzija kvalitete življenja in se kaže v zmožnosti neprekinjenega prilagajanja okolju.

Zdravje omogoča in zagotavlja kakovostno življenje in je temeljni vir razvoja vsake družbe. Praktično ni področja družbenega življenja, ki bi ne vplivalo na zdravje. Zanj je v prvi vrsti odgovoren vsak posameznik, država pa je v sodelovanju s stroko in znanostmi pristojna in odgovorna za ustvarjanje pogojev, v katerih lahko ljudje skrbimo za zdrav življenjski slog (Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010).

Življenjski slog ni zgolj zasebna zadeva, na zdravje gledamo tudi kot na pomemben dejavnik delazmožnosti in zaposljivosti. Vse več delodajalcev se zaveda povezave med življenjskimi navadami, dobrim zdravjem, manjšo odsotnostjo z dela, nižjimi stroški za zdravljenje, učinkovitostjo dela in produktivnostjo. Zanimanje za promocijo zdravja pri delu se je med delodajalci povečalo, saj so dosegli stroški za zdravstveno varstvo razsežnosti, ki si jih ne morejo več privoščiti.

Politični, gospodarski, socialni, kulturni, okoljski, vedenjski in biološki dejavniki lahko zdravje izboljšajo ali pa poslabšajo. Posamezni avtorji pri proučevanju vplivov na zdravje različno razvrščajo dejavnike, ki lahko pozitivno ali negativno vplivajo na zdravje, zanje uporabljamo izraz determinante zdravja. V Sloveniji je najbolj ustaljeno

razvrščanje v tri skupine, na dejavnike človekovega naravnega okolja (od genetike do mikrobioloških, kemičnih in fizikalnih dejavnikov), socialno-ekonomskega okolja (bivalno okolje, delovno okolje, izobrazba in ekonomski status) in dejavnike z zdravjem povezanega življenjskega sloga (kajenje, alkohol, nedovoljene droge, hrana in prehrana, telesna dejavnost) (Gabrijelčič Blenkuš 2003). Dejavniki tveganja, ki prispevajo k večji umrljivosti Slovencev in jih povezujemo z boleznimi srca in ožilja, so: kajenje, uživanje alkohola, nezdrav način prehranjevanja, nezadostna telesna dejavnost, prekomerna hranjenost in debelost (Zaletel Kragelj 2004, 21-22).

Za uspešnejše obvladovanje teh vzrokov obolevnosti so potrebni javno-zdravstveni populacijski pristopi, usmerjeni v ciljne skupine in v obvladovanje tistih dejavnikov, ki najbolj ogrožajo zdravje prebivalcev. Pomembno je spoznavanje dejavnikov tveganja in njihovega vpliva na zdravje, usposabljanje in motiviranje za spremembo vedenjskega sloga ter spodbujanje ljudi, da aktivno delujejo za ohranjanje in krepitev zdravja.

V prvem delu diplomske naloge opisujemo teoretična izhodišča o socialnem marketingu in promociji zdravja, kaj želimo z njimi doseči in kakšen vpliv imata na ciljne skupine. Večina zdravstveno ogroženih odraslih z vedenjskimi dejavniki tveganja za zdravje, razmišlja o morebitni spremembi in/ali izboljšavi življenjskega sloga, zato je smiselno ljudem pomagati poiskati zdravo obliko obnašanja, ki naj bo osnova za učinkovito in dolgotrajno spremembo vedenja. Dokazano je, da preventivne dejavnosti, ki vplivajo na pojav dejavnikov tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni, preprečujejo kronične bolezni ter izboljšajo zdravje in kakovost življenja.

Socialni marketing pomeni uporabo komercialnih marketinških pristopov (analiza, načrtovanje, izvedba in evalvacija programov), ki vplivajo na prostovoljno vedenje ciljnih skupin z namenom, da izboljšajo njihovo osebno blaginjo in blaginjo njihove družbe ter okolja. V nasprotju s komercialnim marketingom, ki usmerja večino svoje pozornosti v prodajo izdelkov ali storitev, kar počne predvsem za potrebe organizacije, se socialni marketing usmerja v izboljšanje kakovosti življenja posameznikov in družbe nasploh. S tem v socialnem marketingu nastane odgovornost za želje in potrebe posameznika na eni strani in dolgoročne potrebe družbe na drugi (Andreasen 1995, 7; Kotler 1991, 547).

Eden izmed segmentov socialnega marketinga je tudi promocija zdravja. Promocija zdravja je proces, ki omogoča, da ljudje, oziroma skupnosti, povečajo nadzor nad dejavniki, ki vplivajo na njihovo zdravje, in na tej podlagi svoje zdravje izboljšajo. Promocija zdravja izhaja iz biopsihosocialnega koncepta zdravja, ki pravi, da je zdravje vir vsakdanjega življenja, ne pa življenjski cilj. Za doseganje zdravja mora biti vsak posameznik oziroma skupina zmožen ugotoviti in uresničiti svoje želje, zadovoljevati potrebe in spreminjati oziroma obvladovati svoje okolje.

Vsaka najmanjša sprememba, ki jo s promocijo zdravja dosežemo, še ni družbeno pomembna, taka postane šele, ko dovolj veliko število ljudi sprejme nov način vedenja in ga tudi ohrani. Ko programi socialnega marketinga in promocije zdravja dosežejo trajne spremembe, ki postanejo družbeno pomembne, lahko socialni marketing in promocijo zdravja obravnavamo kot pomembne tvorce družbenih sprememb (Demšar Pečak 2004, 30).

O problematiki in dejavnikih tveganja nastanka bolezni srca in ožilja je bilo v Sloveniji narejenih že nekaj raziskav. Večinoma so zajemale določena regionalna območja, pogrešamo pa predvsem raziskave, ki bi vključevale tudi prebivalce na ožjih geografskih območjih, npr. v krajevnih skupnostih, občinah. Nacionalni program preventive srčno-žilnih bolezni za ciljne skupine moški 35-65 let, ženske 45-70 let, poteka v Sloveniji že od leta 2002. Z izvajanjem regionalnega projekta "Več zdravja v občini" Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica in sodelujoče občine podpirajo Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni.

V letu 2006 je projekt "Več zdravja v občini" postal prioriteten regionalni projekt na področju Razvoja človeških virov Severnoprimske mrežne regijske razvojne agencije, ki ga je podprlo 6 občin: Brda, Bovec, Kanal ob Soči, Miren-Kostanjevica, mestna občina Nova Gorica in občina Šempeter-Vrtojba. Ciljna populacija so odrasli prebivalci sodelujočih občin, posredno pa tudi celotna populacija. Odraslim v Goriški regiji, ki želijo izboljšati prehranske navade, povečati telesno (gibalno) dejavnost, opustiti kajenje in/ali tvegano pitje alkohola je bila v okviru projekta ponujena priložnost, da se vključijo v programe in aktivnosti za spremembo življenjskega sloga.

Na prvih delavnicah in predavanjih v okviru projekta "Več zdravja v občini" so udeleženci prostovoljno izpolnili anonimni anketni vprašalnik¹ Spoznajmo dejavnike tveganja za bolezni srca in ožilja.

¹ Kazalce vedenjskega sloga in dejavnikov tveganja za zdravje pri udeležencih projekta, smo ugotavljali z anonimnim anketnim vprašalnikom Spoznajmo dejavnike tveganja za bolezni srca in ožilja. Vprašalnik smo oblikovali po vzoru vprašalnika Z zdravjem povezan vedenjski slog-CINDI Health Monitor Questionnaire (Zaletel Kragelj, priloge 1 2004) in ga prilagodili našim potrebam. Z anketnim vprašalnikom smo želeli pridobiti čim več informacij o življenjskem slogu udeležencev pred začetkom izvajanja programa delavnic in predavanj v okviru projekta "Več zdravja v občini". V letu 2007 je projekt podprlo že 8 občin: Kanal ob Soči, mestna občina Nova Gorica, Brda, Cerklje, Kobarid, Bovec, Renče-Vogrsko in Šempeter-Vrtojba, zato nam bodo zbrani podatki dobra osnova za učinkovitejše usposabljanje in motiviranje pri spreminjanju vedenjskega sloga občanov. Ker je spreminjanje vedenja dolgotrajen proces, smo se odločili, da bomo ugotavljali uspešnost izvedenih aktivnosti v okviru projekta (spremembe vrednot, stališč in življenjskega sloga udeležencev) s ponovnim anketiranjem čez dve leti (priloga 3).

V drugem delu diplomske naloge predstavljamo rezultate anketiranja in ugotovitve, v kolikšni meri so dejavniki nezdravega življenjskega sloga, ki jih povezujemo z najpogostejšimi vzroki umiranja odraslih prebivalcev v Sloveniji, prisotni pri udeležencih predavanj in delavnic v okviru projekta in kaj so udeleženci sami pripravljene narediti za izboljšanje oziroma spremembo načina vedenja.

Obravnavan vzorec v raziskavi vključuje samo udeležene na predavanjih in delavnicah, ki so prostovoljno izpolnili anketne vprašalnike, zato na podlagi tega ne moremo sklepati, da pridobljeni rezultati odražajo tudi dejansko stanje med prebivalci v goriški regiji.

Na vseh delavnicah in predavanjih, ki so potekale v okviru projekta "Več zdravja v občini", smo z evalvacijskim vprašalnikom² ugotavljali zadovoljstvo udeležencev z izvedenimi delavnicami in predavanji ter koristnost, uporabnost in učinkovitost posredovanih informacij za spreminjanje in izboljšanje življenjskega sloga.

V diplomski nalogi analiziramo pridobljene podatke evalvacijskega vprašalnika in ugotavljamo, ali smo in v kakšnem obsegu, pri občanih udeleženi na delavnicah in predavanjih v okviru projekta "Več zdravja v občini" dosegli zastavljene cilje.

² Ker smo želeli ovrednotiti sprejetost med krajanji in ugotoviti uspešnost ter učinkovitost zdravstveno-vzgojnih predavanj in delavnic v okviru projekta "Več zdravja v občini", smo oblikovali evalvacijski vprašalnik. Z evalvacijskim vprašalnikom smo mi kot izvajalci programa in občine kot financerji projekta pridobili koristne informacije in spodbude za nadaljevanje z zastavljenimi aktivnostmi.

Rezultati evalvacije, želje, pripombe in predlogi anketirancev/udeležencev nam bodo dobro orodje za učinkovitejšo in kvalitetnejšo izvedbo vseh nadaljnjih aktivnosti v okviru projekta v naslednjih letih (priloga 4).

2 JAVNO ZDRAVJE IN JAVNO ZDRAVSTVO, SOCIALNI MARKETING, PROMOCIJA ZDRAVJA

2.1 Javno zdravje in javno zdravstvo

Zdravje je družbeni proces vzpostavljanja socialnega, fizičnega in duševnega blagostanja, zato je temeljno poslanstvo stroke javnega zdravja nenehno in vztrajno prizadevanje za zdravje vsakega posameznika in vsega prebivalstva ter zmanjševanje razlik v zdravju v vsakršnih družbenih razmerah.

Javno zdravje umeščamo med javne (kolektivne) dobrine, ki jih zagotavlja država, saj je trajno in nemoteno proizvodnje teh za zadovoljevanje javnih potreb v javnem interesu. Javne dobrine nimajo trga, kjer bi se cena oblikovala na podlagi ponudbe in povpraševanja. Običajno jih uporabnikom ni treba plačati, zato se nastali stroški vrednotijo na podlagi v resnici nastalih stroškov. Obseg ponudbe javnih dobrin je sporen in je le politično določljiv, pogosto enake dobrine v različnih državah, zagotavljajo na različne načine.³

Zelo široko opredelitev javnega zdravja je že leta 1920 podal Winslow:

“... public health je znanost in so veščine preprečevanja bolezni, krepitev zdravja in krepitev telesnega in duševnega zdravja s pomočjo organiziranih naporov skupnosti za varno okolje, obvladovanje nalezljivih bolezni, izobraževanje posameznikov na področju osebne higijene, organizacijo medicinskih in negovalnih storitev za zgodnje odkrivanje in zdravljenje bolezni ter razvoj socialnih orodij za zagotovitev ustreznih pogojev za življenjski standard vsakega posameznika, ki omogoča ohranjanje zdravja ...” (Gabrijelčič Blenkuš 2003).

V preteklosti je bila medicina usmerjena predvsem v zdravljenje bolezni pri posamezniku, zelo malo pozornosti je posvečala dejavnikom, ki so bolezen povzročili. V kakšnem družbenem, socialnem in drugem okolju človek živi, kakšne so posledice bolezni za človeško družbo ter kakšen je njihov vpliv na zdravje posameznika oziroma na kvaliteto njegovega življenja, ni bilo pomembno (Gabrijelčič Blenkuš 2003).

Sredi 19. stoletja pa se je medicina pričela vedno bolj posvečati vzrokom za nastanek bolezni. Pojavila se je higiena, prva veda o varovanju in izboljševanju zdravja, kmalu pa se je samostojno razvila tudi nova veja medicine - socialna medicina, ki je predvsem raziskovala vlogo in vpliv socialno-ekonomskih razmer, v katerih človek živi za nastanek in razvoj bolezni (Gabrijelčič Blenkuš 2003).

Koncept novega javnega zdravstva se je vzpostavil 1981 leta z dokumentom Svetovne zdravstvene organizacije “Zdravje za vse do leta 2000”, ki postavlja zdravje kot socialni cilj vlad.

³ Vir: Veliki splošni leksikon Ljubljana, DZS 2006

Promocija zdravja se je kot novo delovno področje vključila v osemdesetih letih preteklega stoletja, še posebej po sprejemu Ottawske deklaracije leta 1986, ki je prvič vpeljala pojem "zdravju naklonjena javna politika".⁴ Med drugim Ottawska deklaracija navaja, da se osnovni pogoji za zagotavljanje dobrega zdravja nahajajo izven zdravstvenega sektorja, saj so za dobro zdravje najprej pomembni mir, ustrezni bivalni pogoji, izobrazba, hrana, redni dohodek, stabilni ekosistem, trajnostni viri dobrin, socialna pravičnost in enakost. V deklaraciji je opredeljeno, da lahko pogoje za dobro zdravje ustvarjajo tako politike, ki so posebej namenjene promociji zdravja (na primer promocija različnih varovalnih dejavnikov za zdravje, kot je zdrava prehrana, povečanje telesne dejavnosti) kot tudi politike, ki na zdravje vplivajo samo posredno (na primer izobraževalna politika). Vsem politikam je skupna odgovornost za posledice njihovih odločitev ali usmeritev na zdravje človeka (Gabrijelčič Blenkuš 2003).

Temeljne naloge javnega zdravja danes:

- merjenje, preučevanje in spremljanje zdravstvenega stanja prebivalstva in drugih razmer, ki vplivajo na njegovo zdravje, še posebej ranljivih skupin prebivalstva,
- preučevanje značilnosti pojavljanja nekaterih bolezni in stanj ter dejavnikov tveganja za njihov razvoj,
- merjenje ravni zdravja,
- priprava ukrepov za krepitev zdravja prebivalstva,
- izvajanja ukrepov (strategije in akcijski načrti) ter vrednotenje (evalvacija) teh ukrepov.

2.2 Socialni marketing

Socialni marketing lahko širše opredelimo kot načrtovan proces vplivanja na družbene spremembe, saj skuša vplivati na vedenje izbranih ciljnih skupin, oziroma s pomočjo svojih skrbno zastavljenih akcij doseči zelene družbene spremembe.

Andreasen o socialnem marketingu razmišlja takole:

"Socialni marketing je uporaba komercialnih marketinških strategij pri analizah, načrtovanju, izvajanju in ocenjevanju programov, ki so oblikovani, da bi vzpodbudili prostovoljno vedenje ciljnih občinstev in s tem izboljšali kakovost njihovega življenja ali življenja same družbe" (Andreasen 1995; Demšar Peček 2004, 33).

Kotler in Zaltman poskušata dokazati, da je socialni marketing naravna posledica razvoja marketinške discipline in izhajata iz spoznanja, da je samo komuniciranje o

⁴ Prva mednarodna Konferenca o promociji zdravja je 21. novembra 1986 v Ottawi v Kanadi oblikovala Listino o izvedbi aktivnosti za dosego Zdravje za vse do leta 2000 in preko. Konferenca predstavlja odgovore na rastoča pričakovanja glede razvoja svetovnega gibanja za javno zdravje in poziva vse sodelujoče k zagovarjanju promocije zdravja v vseh ustreznih forumih ter k podpiranju držav pri oblikovanju strategij in programov za promocijo zdravja.

socialnih problemih premalo za doseganje družbenih sprememb. Te spremembe je mogoče doseči le z uporabo celotnega marketinškega spleta (Demšar Peček 2004, 35; Jančič 1996).

V zadnjem desetletju je postal socialni marketing samostojna in jasno opredeljena disciplina, ki izhaja iz predpostavke, da je družbene spremembe mogoče doseči le s poglobljenim razumevanjem potreb, zahtev in dojemanja populacije, ob skrbnem načrtovanju strategij in njihovi učinkoviti izvedbi.

Socialni marketing je enostavna uporaba komercialnih marketinških metod za promoviranje in s tem sprejemanje takšnega obnašanja ciljne populacije ali celotne družbe kot take, ki bo izboljšalo zdravje ali kakovost življenja. Ključna razlika, ki loči komercialni marketing od socialnega marketinga, je njegov namen: koristi, ki jih pridobi posameznik oziroma družba so pred koristmi organizacije.

Bistvo socialnega marketinga je torej pospeševanje družbenega napredka z izboljšanjem kakovosti življenja posameznika (Demšar Peček 2004; Janet 2006).

2.1.1 Socialno-marketinški splet

Socialni marketing uporablja za razvoj celovite strategije idejo klasične marketinške oziroma tržne prakse - marketinški splet (4P) (Demšar Peček 2004, 35; Janet 2006, 208), ki v procesu načrtovanja raziskave s ciljno skupino pomagajo pri sprejemajo odločitve o:

- izdelku/storitvi,
- ceni,
- kanalih distribucije,
- promociji.

McCarthyjev 4P model marketinškega spleta je prirejen za področje socialnega marketinga. V programih socialnega marketinga je izdelek največkrat neotipljiv in pomeni določeno predlagano vedenje ali idejo. Naloga socialnega marketinga je jasno definirati spremembo, ki jo želimo doseči, to je spremembo vrednot, prepričanij, stališč in vedenj. Natančno moramo segmentirati svoje ciljne skupine in za vsako od njih pripraviti takšno ponudbo, da bo vodila k željeni družbeni spremembi (Demšar Peček 2004, 40-41; Janet 2006, 208).

V socialnem marketingu je cena tisto, kar mora ciljna populacija opustiti, da sprejme vedenje, ki ga promoviramo, največkrat so to stroški v nematerialni obliki: čas, napor, stare navade, prepričanja, stališča. Pomembno je ugotoviti tisto najmanjšo ceno, kjer stroški ne presegajo koristi, pri kateri je posameznik še pripravljen za konkretno akcijo. Kanali distribucije pomenijo v socialnem marketingu kraj oziroma prostor, kjer zainteresirani posamezniki lahko uresničijo novo predlagano vedenje. Kraj je v tem primeru ključni dejavnik, ki omogoča prehod motivacije v dejanja.

Kako naše sporočilo pride do ciljne skupine, je naloga promocije, s katero motiviramo ljudi, da poskusijo in potem vzdržijo v želenem obnašanju. Naloga promocije je, da čim bolj uspešno in z uporabo prave strategije prepriča oziroma motivira ciljno skupino za spremembo oziroma ohranitev določenega vedenja (Andreasen 1995,15; Demšar Peček 2004, 40-44; Jančič 1999, 49-52).

Glavni instrumenti komuniciranja v socialnem marketingu so:

- Odnosi ali stiki z javnostjo
S pomočjo vseh kanalov komuniciranja informiramo različne segmente javnosti in jih seznanjamo s pomembnimi dogodki ali spremembami.
- Osebna komunikacija
Z uporabo osebne komunikacije se informira in prepričuje uporabnike storitev na neposreden in izčrpen način.
- Promocija
Je instrument komuniciranja, ki z uporabo kanala za posredno komuniciranje (preko množičnih medijev, plakatov, stojnic zdravja) informira uporabnike o storitvi in s spodbudami pospeši promocijo.

Glavne funkcije komuniciranja so:

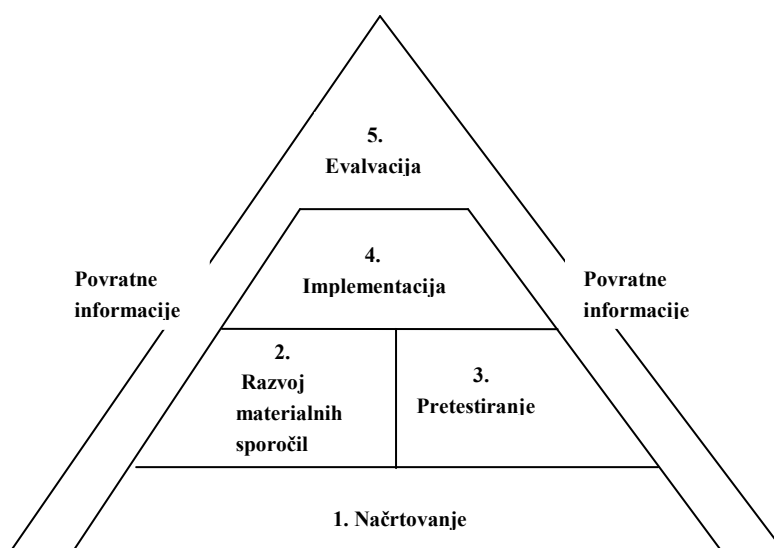
- informiranje,
- prepričevanje,
- spominjanje,
- spodbujanje k spremembi vedenja.

Učinkovito komuniciranje sporoča o prednostih in ustvarja zavedanje ter pozitivno stališče do vsebine sporočila (Janet 2006, 210).

2.1.2 Socialno - marketinški proces

Socialno-marketinški proces je sestavljen iz petih stopenj, ki obsegajo načrtovanje, razvoj in izdelavo sporočilnih materialov, pretestiranje, implementacijo, evalvacijo in povratne informacije. Spodnja slika prikazuje proces kot piramido zaporednih korakov. V praksi pa ni nujno, da je socialno marketinški proces linearno zaporedje petih korakov, raje naj temelji na informacijah, ki smo jih pridobili iz že izvedenih programov (Weinreich 1992; Janet 2006, 211-212).

Slika 2.1 Socialno-marketinški proces



Vir: Weinrech 1992.

Načrtovanje (korak 1) je proces, ki predstavlja temelj, na katerem gradimo vse nadaljnje aktivnosti. Če hočemo pripraviti učinkovit program, moramo najprej ugotoviti in razumeti problem, ki ga želimo rešiti. Nato moramo poiskati ciljno skupino, na katero želimo vplivati in okolje, v katerem bo program deloval. Na osnovi tega razvijemo strategije, s katerimi bomo lahko učinkovito in uspešno vplivali na spreminjanje vedenja.

Pri razvoju in izdelavi materialnih sporočil (korak 2) uporabimo informacije iz načrtovanja z namenom oblikovanja in priprave različnih promocijskih gradiv za ciljne skupine.

S pretestiranjem (korak 3) skušamo ugotoviti, kaj je najbolj učinkovito in skladno s cilji programa. Včasih je potrebno ponovno preveriti materialna sporočila, jih spremeniti in prilagoditi potrebam ali pa je potrebno celo spremeniti strategijo.

Z implementacijo (korak 4) uvedemo program v ciljne skupine, istočasno spremljamo dogajanje, program ali posamezno fazo pa po potrebi popravljamo ali spreminjamo.

Z evalvacijo (korak 5), ki naj bi potekala skozi celoten socialno-marketinški proces, ocenimo učinke programa. Na vsaki stopnji procesa, z namenom izboljšanja programa, pa vedno uporabimo tudi povratne informacije (Janet 2006, 211-212; Weinrech 1992).

2.2 Promocija zdravja

Promocija zdravja je proces, ki omogoča ljudem povečati kontrolo svojega zdravja ter doseči njegovo izboljšanje. Za doseganje stanja popolnega fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja morata biti posameznik ali skupina sposobna prepoznati in uresničiti pričakovanja, zadovoljiti potrebe ter se prilagoditi ali obvladovati okolje. Zdravje postane tako pogoj za vsakodnevno življenje in ni le posledica življenja. Zdravje je pozitiven koncept, ki obsega družbene in osebne danosti, kakor tudi fizične sposobnosti. Zaradi tega promocija zdravja ni samo odgovornost zdravstvenega sektorja, ampak vodi preko zdravega življenjskega sloga do doseganja blagostanja (Ottawska deklaracija 1986).

Cilj promocije zdravja je izboljšati splošno zdravstveno stanje ter preprečiti ali upočasniti pojav dejavnikov tveganja in kroničnih nenalezljivih bolezni (bolezni srca in ožilja, rakavih bolezni, sladkorne bolezni, debelosti, povišanega krvnega tlaka), ki so tako kot pri nas, tudi v drugih evropskih državah pereč problem, saj predstavljajo poglavitni vzrok smrti prebivalstva. Za doseg dobrega počutja, tako fizičnega, mentalnega in socialnega, si mora vsak posameznik prizadevati sam. Strategija promocije zdravja pa mora biti prilagojena lokalnemu okolju. V Sloveniji v zadnjih letih v nekaterih lokalnih okoljih uspešno potekajo projekti promocije zdravja. Večinoma potekajo v obliki predavanj in učnih delavnic, kjer lokalne prebivalce vzpodbujajo k aktivni skrbi za lastno zdravje (Hovnik Keršmanc 2005).

Naloge promocije zdravja, definirane v Ottawski deklaraciji, so:

- Ustvariti zdravo javno politiko
Potrebno je vplivati na politike tako, da je bolj "zdrava" odločitev tudi lažja odločitev.
- Ustvariti podpirajoče okolje
Cilj promocije zdravja je zagotoviti prijazne in varne življenjske in delovne pogoje ter koristno izrabo prostega časa.
- Okrepitev družbene akcije
Promocija zdravja deluje preko lokalnih skupnosti tako, da razvija strategijo, kako izboljšati zdravje skupnosti.

- Razvijanje osebne usposobljenosti
Z izobraževanjem omogočimo ljudem, da imajo boljši nadzor nad svojim zdravjem, s tem jim omogočimo, da se lažje odločajo za zdravo življenje.
- Preoblikovanje zdravstvenih služb
Prizadevanja zdravstvenega sektorja se morajo pomakniti proti promociji zdravja.
- Bodoči razvoj
Zagotoviti je potrebno, da bo zdravstvena oskrba enako dostopna vsem članom neke družbe.

Promocija zdravja temelji na doseganju enakosti v zdravju. V aktivnosti za promocijo zdravja morajo biti vključeni vsi sodelujoči: vlada, zdravstveni, socialni in ekonomski sektorji, nevladne in prostovoljne organizacije, lokalna vodstva, gospodarstvo in mediji. Strategija in programi za promocijo zdravja morajo biti prilagojeni lokalnim potrebam in možnostim posameznih držav in regij ter upoštevati različne socialne, kulturne in ekonomske sisteme (Ottawska deklaracija 1986).

Programe promocije zdravja, ki temeljijo na informacijah iz ciljne skupine, moramo oblikovati tako, da bodo specifični in prilagojeni za tiste skupine, na katerih vedenje bi radi vplivali.

Te razvrščamo v:

- uporabnike naših storitev,
- tiste, ki vplivajo na prejšnjo skupino (starši, učitelji, zdravniki, vrstniki),
- politike,
- medije,
- ministrstvo za zdravje,
- sodelavce,
- nevladne organizacije in druge.

S socialno-marketinško metodo segmentacije razdelimo populacijo na različne podskupine (moški, ženske, mlajši odrasli, mladostniki), ki zahtevajo specifične, njim prilagojene strategije (Janet 2006, 206-207).

3 PROJEKT "VEČ ZDRAVJA V OBČINI", 2006

3.1 Utemeljitev projekta

Zdravstvena regija Nova Gorica je v letu 2006 imela 102.667 prebivalcev, kar je 5,1 % slovenskega prebivalstva. Starostna struktura prebivalstva po bioloških starostnih skupinah kaže, da je 13,3 % prebivalcev mlajših od 15 let; 5,8 % v starosti 15-19 let; 36,1 % odraslih 20-40 let, 27,1 % v starosti 45-65 let in 17,7 % nad 65 let. Za regijo je značilna starejša starostna struktura prebivalstva ter visok indeks staranja prebivalstva, med starejšimi od 65 let je 61,3 % žensk. Indeks staranja (razmerje med številom starejših od 65 let in mladih do 14 let) je znašal 133 in je eden med najvišjimi v Sloveniji (za Slovenijo: 112) (Zdravstveni statistični letopis-Zdravstvena regija Nova Gorica 2006).

Podatki zbrani ob izvajanju nacionalnega programa preventive srčno-žilnih bolezni, ki v letih 2002-2006 zajel okrog 23.000 odraslih prebivalcev goriške zdravstvene regije, so prikazali prevalenco vedenjskih in fizioloških delavnikov tveganja. Redno kajenje je prisotno pri 19,9 % pregledanih, zvišan holesterol 63,3 %, zvišan krvni tlak 31,3 %, sladkorna bolezen 22,7 %, tvegano pitje alkohola vsaj 5 %, telesna aktivnost manj kot enkrat na teden 18,1 %, prekomerna telesna teža (ITM >25) 71,8 % in debelost (ITM >30) 25,8 (Register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni OE Nova Gorica 2006). Po ugotovitvah nacionalnih in regijskih raziskav o življenjskem slogu prebivalstva (2001, 2004) ima nezdrave prehranske navade najmanj 42 % odraslega prebivalstva regije, 41 % je premalo telesno dejavnih, redno uživa alkoholne pijače 39 % odraslih, škodljivo pitje alkohola je prisotno pri najmanj 10 % prebivalcev.⁵

Svetovna zdravstvena organizacija ob letošnjem Svetovnem dnevu gibanja 10. maj 2007 opozarja, da so za nastanek bolezni, zaradi katerih danes najpogosteje zboleujemo, to so bolezni srca in ožilja, rak in sladkorna bolezen, poleg genetskih dejavnikov tveganja, pomembni tudi dejavniki nezdravega življenjskega sloga. Dejavniki nezdravega življenjskega sloga škodljivo delujejo vrsto let, preden se njihovi učinki izrazijo s presežno, preprečljivo prezgodnjo obolevnostjo in umrljivostjo (Mavčec Zakotnik 1998).

Za uspešnejše obvladovanje teh vzrokov obolevnosti so potrebni javno-zdravstveni populacijski pristopi, usmerjeni v ciljne skupine in v obvladovanje tistih dejavnikov tveganja, ki najbolj ogrožajo zdravje prebivalcev. Pomembno je spoznavanje dejavnikov tveganja in njihovega vpliva na zdravje, usposabljanje in motiviranje za spremembo

⁵ Podatki predstavljani na Regijskem srečanju CINDI Slovenija v Novi Gorici, november 2006.

vedenjskega sloga ter spodbujanje ljudi, da aktivno delujejo za ohranjanje in krepitev zdravja.

Projekt "Več zdravja v občini" je usmerjen v izboljšanje življenjskega sloga prebivalstva z izvajanjem promocije zdravja v lokalni skupnosti.

3.2 Cilji projekta

Projekt prispeva k obvladovanju javno-zdravstvenih problemov regije, povezanih z naraščanjem kroničnih obolenj in staranjem prebivalstva. Z izobraževanjem in usposabljanjem želimo povečati zdravstveno osveščenost in skrb za lastno zdravje, prispevati k večjemu zavedanju in odgovornosti ljudi in skupnosti za zdravje ter spodbuditi oblikovanje zdravju podpornega okolja.

Dolgoročni cilji projekta:

- zmanjšanje obolevnosti, invalidnosti, prezgodnje upokojitve, umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni, možganske kapi, raka, kroničnih bolezni dihal, bolezni povezanih s čezmernim in tveganim pitjem alkohola, sladkorne bolezni,
- debelosti in osteoporoze,
- povečanje števila let življenja brez obolenj, ki povzročijo prezgodnjo umrljivost in zmanjšujejo kakovost življenja,
- zmanjšanje dejavnikov tveganja za najpogostejše kronične bolezni: nezdrava prehrana, telesna nedejavnost, kajenje, škodljivo pitje alkohola, visoke vrednosti krvnega tlaka, holesterola, krvnega sladkorja, debelost, stres,
- zdravo staranje, izboljšanje zdravstvenega stanja in zmogljivosti ter kakovosti življenja v starosti.

Kratkoročni cilji projekta:

- večja zdravstvena osveščenost ljudi, znanje, veščine in motiviranost za zdrav način življenja,
- spoznavanje dejavnikov tveganja srčno-žilnih in drugih kroničnih nenalezljivih bolezni in njihovega vpliva na zdravje,
- določanje osnovnih dejavnikov tveganja udeležencem projekta - indeks telesne mase, krvni tlak, struktura telesne mase, telesna zmogljivost,
- spodbujanje ljudi za redno telesno dejavnost ter zdravo uravnavanje telesne teže,
- povečanje deleža prebivalstva z zdravim življenjskim slogom,
- povečanje deleža ljudi z zdravimi prehranskimi navadami, znižati energijski vnos, porabo maščob in soli, povečati vnos zelenjave in sadja,
- spoznavanje osnovnih in najpogostejših duševnih motenj: stres, anksioznost in depresija ter dejavnikov, ki vplivajo na njihov nastanek,
- zmanjšanje tveganj in obremenitev za telesno in psiho-socialno zdravje občanov (problemi prehrane, alkohol, kajenje, telesna nedejavnost),

- razvoj mreže, infrastrukture za promocijo zdravja v skupnosti, usposobljenih izvajalcev, povezovanje in skupne aktivnosti v promociji zdravja različnih populacijskih skupin.

Pričakujemo izboljšanje življenjskega sloga odraslih prebivalcev na področju prehranskih in gibalnih navad (vsaj 10 % udeležencev) ter zmanjšanje deležev in ravni dejavnikov tveganja za srčno-žilne in druge kronične nenalezljive bolezni.

3.3 Opis izvedenih aktivnosti projekta

V marcu in aprilu 2006 smo projekt "Več zdravja v občini" predstavili vsem županom goriške regije in v občinah Brda, Bovec, Kanal ob Soči, Miren-Kostanjevica, Nova Gorica, Šempeter-Vrtojba pridobili pozitivno mnenje za implementacijo večletnih programov promocije zdravja v lokalni skupnosti ob sofinanciranju in podpori struktur občin. Pri organiziranju in širjenju spodbud med občani za udeležbo na delavnicah, predavanjih, javno-zdravstvenih akcijah in prireditvah v okviru projekta "Več zdravja v občini" so bili naši partnerji poleg zdravstvenih in pedagoških delavcev tudi župani, predsedniki krajevnih skupnosti, športno-rekreativnih društev, društev upokojencev, društev žena, aktivov kmečkih žena in lokalni novinarji. Vse pripravljalne aktivnosti so potekale s ciljem zagotoviti pogoje za uspešno izvedbo skladno z zastavljenim programom dela. Na sestankih projektne skupine smo ocenili potrebne pogoje in možnosti izvedbe, določili nosilce in izvajalce posameznih nalog ter s predsedniki krajevnih skupnosti pripravili terminski plan aktivnosti v 19 krajevnih skupnostih (priloga 1).

3.4 Poročilo o življenjskem slogu udeležencev projekta

Pred izvedbo uvodnih predavanj in delavnic smo pri udeležencih projekta z anketiranjem, želeli ugotoviti predhodno znanje, stališča in spretnosti za preprečevanje dejavnikov tveganja in ohranjanje zdravja.

Z anketiranjem smo pri udeležencih projekta želeli ugotoviti razširjenost in intenzivnost vedenjskih dejavnikov tveganja:

- prehranske navade,
- gibalne navade,
- kadilske navade,
- navade pitja alkohola.

Vseh udeležencev na predavanjih in delavnicah je bilo 1756, vprašalnik pa je prostovoljno izpolnilo le 237 udeležencev. Poleg vprašanj o življenjskem slogu, ki je povezan z dejavniki tveganja za zdravje, je anketiranje zajelo tudi vprašanja v zvezi s stališči oziroma prepričanji ter znanjem in ozaveščenostjo občanov s to problematiko.

Obravnava vzorec v raziskavi vključuje samo udeležene na predavanjih in delavnicah, ki so prostovoljno izpolnili anketne vprašalnike, zato na podlagi tega ne

moremo sklepati, da pridobljeni rezultati odražajo tudi dejansko stanje med prebivalci v goriški regiji. Rezultati anketiranja pa nam bodo predvsem v veliko pomoč pri oblikovanju in izvedbi vseh bodočih aktivnosti usmerjenih v izboljšanje zdravstvene osveščenosti in odgovornosti občanov za svoje zdravje, povečanje znanja ter spodbujanje in motiviranje za zdrav način življenja.

Zbrane podatke smo analizirali, rezultate pa podrobneje prikazujemo v naslednjih poglavjih.

3.4.1 Socialne in demografske značilnosti

Med anketiranci, ki so prostovoljno izpolnili anonimni vprašalnik je 80,2 % žensk in 19,8 % moških. Povprečna starost anketiranih je 55 let. 58,3 % živi v vaškem okolju, 26,8 % v primestnem in 14,9 % v mestnem okolju. Večina (86,9 %) živi v družinski skupnosti, le 13,1 % jih živi samih. Polovica (50,4 %) je upokojenih, 28,8 % opravlja pisarniško delo, storitvene dejavnosti, intelektualno delo; 8,5 % je gospodinj; 6,4 % opravlja lažje fizično delo in 9 % težje fizično delo. 33,9 % anketiranih ima višjo oziroma visoko izobrazbo, s končano srednješolsko izobrazbo je 22,5 % anketiranih, 26,7 % ima končano osnovno šolo in 16,9 % končano poklicno šolo.

3.4.2 Zdravstveno stanje in skrb za zdravje

Večina (56,1 %) ocenjuje svoje zdravstveno stanje kot srednje dobro, 33,3 % kot dobro, 5,9 % kot zelo dobro in 4,2 % kot slabo. Kot zelo slabo je svoje zdravstveno stanje ocenilo 0,5 % anketirancev.

Udeleženci so v zadnjem letu obiskali zdravnika povprečno trikrat. Število obiskov pri posameznih udeležencih se je gibalo od 1 do 24-krat, 10,4 % pa v zadnjem letu ni obiskalo zdravnika. Več kot polovica (59,6 %) anketiranih je zdravnika obiskalo zaradi zdravstvenih težav, 26 % zaradi preventivnega pregleda v ambulanti splošne medicine, 24,2 % žensk je opravilo preventivni ginekološki pregled in 9,4 % anketiranih zaradi drugih težav.

Največ zdravstvenih težav navajajo zaradi enega ali hkrati več dejavnikov tveganja predvsem za nastanek in razvoj kroničnih srčno-žilnih bolezni, in sicer: zvišanega krvnega tlaka (29,9 %), zvišanih maščob v krvi (22,3 %), debelosti (12,5 %), srčnega popuščanja (7,1 %), sladkorne bolezni in bolečine v prsih v (4,5 %); sledijo bolezni hrbtenice (25,9 %), osteoporoza (10,3 %), bolezni sklepov (8 %) in možganska kap (0,9 %). Pri 2,2 % je zdravnik ugotovil zdravstvene težave zaradi infarkta in bronhialne astme (2,7 %) ter rane na želodcu (1,8 %). Dobra četrtina (29,5 %) ugotavlja odsotnost bolezni.

Anketiranci navajajo, da so pri njih prisotne naslednje oblike nezdravega življenjskega sloga: stres (42,7 %), premajhna telesna aktivnost (41,3 %), nezdrava prehrana (22,2 %), težko fizično delo (4 %), kajenje (4 %) in alkohol (1,8 %). Četrtnina

anketiranih (24,9 %) ugotavlja, da nima nobene od navedenih oblik nezdravega življenjskega sloga.

V okviru osnovnega zdravstvenega zavarovanja imajo odrasli občani pravico do brezplačnega preventivnega pregleda vsakih pet let, in sicer moški med 35-65 letom in ženske med 45-70 letom starosti. Mlajši, kljub temu da so zdravstveno ogroženi, zakonsko še niso upravičeni do preventivnega pregleda.⁶

Zanimalo nas je, če so občani seznanjeni z možnostjo preventivnega zdravstvenega pregleda v ambulanti splošne/družinske medicine in če so bili na ta pregled tudi povabljeni. Dve tretjini je seznanjenih z možnostjo preventivnega pregleda, 45,7 % je bilo povabljenih, odzivnost pa je bila 52,2 %.

Za odrasle potekajo v Zdravstvenem domu, Osnovno varstvo Nova Gorica, Zdravstvenem domu Ajdovščina in Zdravstvenem domu Tolmin učne delavnice za pomoč pri spreminjanju življenjskega sloga. Na delavnice Zdrava prehrana, Telesna dejavnost-gibanje, Zdravo hujšanje in Da, opuščam kajenje, usmerjajo posameznika osebni zdravniki po opravljenem preventivnem pregledu.

Povprašali smo jih tudi, če jim je osebni zdravnik priporočil udeležbo na delavnicah za izboljšanje življenjskega sloga. 81,1 % anketiranih je odgovorila, da jim tega nasveta oziroma priporočila osebni zdravnik ni dal. 19,9 % anketiranim je zdravnik najpogosteje priporočil udeležbo v delavnicah za Telesno dejavnost in gibanje (56,8 %), Zdravo prehrano (49,4 %) in delavnico Zdravega hujšanja (19,8 %).

Iz analize stanja CINDI Slovenija o izvajanju nacionalnega programa preventive srčno-žilnih bolezni v letu 2006-2007, ki je potekala v vseh zdravstvenih regijah v Sloveniji, je razvidno, da je odzivnost populacije na preventivne preglede in zdravstveno vzgojne programe v zdravstveno vzgojnih centrih slabša predvsem v ruralnih in teritorialno razpršenih okoljih, s pogosto dnevno migracijo, slabšim socialnim statusom in nižjo stopnjo izobrazbe.

⁶Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni Uradni list RS 2001 št. 67. Namen preventivnih zdravstvenih pregledov je aktivni nadzor nad zdravjem ljudi, zgodnje odkrivanje visoko ogroženih za razvoj bolezni srca in žilja in ustrezno ukrepanje, vključno s svetovanjem za dejavnike tveganja in spremembo življenjskega sloga. Glavni cilj programa je zmanjšanje ogroženosti za bolezni srca in žilja v srednjem življenjskem obdobju in zmanjšanje zgodnje obolevnosti, umrljivosti in invalidnosti zaradi bolezni srca in ožilja. Z zmanjšanjem bioloških dejavnikov tveganja in dejavnikov tveganja nezdravega življenjskega sloga pa istočasno vplivamo tudi na druge kronične bolezni. Pravico do preventivnega zdravstvenega varstva uveljavlja ciljna populacija odraslih v ambulantah splošne/družinske medicine v zdravstvenih domovih in pri zasebnih zdravnikih. Ciljna populacija odraslih zajema moške v starosti od 35 do vključno 65 let in ženske v starosti od 45 do vključno 70 let.

Tudi iz naše analize, čeprav je skupina anketirancev majhna, izhaja podobna ugotovitev, saj se je le dobra polovica napotnih (55,1 %), udeležila zdravstveno-vzgojnih programov v zdravstveno-vzgojnih centrih.

3.4.3 Prehranske navade

“Dobre prehranjevalne navade so kot hranilna knjižica: preden dobiš prve obresti, moraš dolgo vlagati”.⁷

Svetovna zdravstvena organizacija je v maju 2004 sprejela Resolucijo o globalni strategiji na področju prehrane, gibanja in zdravja. Strategija je povezala prehrano in telesno dejavnost v skupnih prizadevanjih za zmanjšanje bremena kroničnih nenalezljivih bolezni. 22. marca 2005 je Državni zbor Republike Slovenije sprejel resolucijo o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010. Temeljni cilj prehranske politike je izboljšati, varovati in ohranjati zdravje ter kakovost življenja prebivalcev Slovenije z izboljšanjem prehranjevalnih navad prebivalstva in usmeritvijo v ponudbo zadostnih količin varne, kakovostne in zdravju koristne hrane za vse prebivalce.⁸ Kvalitetna hrana in ustrezna oskrba s hrano sta bistvenega pomena za spodbujanje zdravega načina življenja. Cilj zdravega prehranjevanja je preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni s poudarkom na razpoložljivosti in cenovni dostopnosti do zdrave, hranljive hrane. Ustrezna prehrana mora obveljati za navado, ki je za izboljšanje zdravja enako pomembna kot telesna vadba in opustitev kajenja.

Na podlagi mednarodnih prehranskih priporočil Food-Based Dietary Guidelines - FBDG, so strokovnjaki s tega področja slovenskim razmeram prilagodili prehranska priporočila za splošno populacijo, ki temeljijo na priporočenem prehranskem vzorcu in upoštevajo prehranjevalne navade Slovencev (Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010 2005). Namen prehranskih priporočil je izboljšanje prehranskih navad ter zdravstvenega stanja posameznika in celega naroda. Kaj naj bi jedli, skuša nazorno pokazati prehranska piramida. Priporočila, naj jemo veliko živil iz ogljikovih hidratov z vlakninami, sadje in zelenjavo, v osrednjem delu piramide so meso, mleko in mlečni izdelki, odsvetovane oziroma uporabljene le v majhnih količinah

⁷ Lemieux, Simone 2005. Profesorica na inštitutu za prehranjevanje in funkcionalna živila na Univerzi Laval, Québec.

⁸ Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010, Uradni list Republike Slovenije št. 39/2005 predstavlja celovit medresorsko in interdisciplinarno usklajen strateški dokument, ki na enem mestu s sistemskimi ukrepi obravnava celotno prehransko verigo z vidika vplivov na zdravje. Temeljni cilji so zagotavljanje varne hrane vzdolž celotne živilske verige, vzpostavljanje, ohranjanje in krepitev zdravih prehranjevalnih navad prebivalcev Slovenije ter zagotavljanje zadostne preskrbljenosti prebivalstva s kakovostno in zdravju koristno hrano, pridelano na trajnostni način.

naj bi bile vidne živalske maščobe, olje in sladkor (Zaletel Kragelj, Pavčič, Koch, Maučec Zakotnik, Fras 2004, 192-194, 251-281).

Prehranska priporočila, ki temeljijo na priporočenem prehranskem vzorcu in upoštevajo nezdravo prehranjevanje v Republiki Sloveniji, naj bi spodbujala:

- večkrat dnevno uživanje kruha, krompirja, testenin, riža in raznih polnozrnatih izdelkov,
- uživanje čim več sadja in zelenjave (vsaj 400 g dnevno),
- uživanje posnetega mleka in mlečnih izdelkov, pustih vrst mesa v manjših količinah in izogibanje vidnim maščobam in mesnim izdelkom,
- pogostejše uživanje rib namesto mesa,
- uporabo rastlinskega olja v manjših količinah namesto masla in masti,
- redne obroke in zmernost pri hrani,
- redno telesno dejavnost v tolikšni meri, da bo telesna teža normalna (ITM 20-25),
- zmernost pri alkoholu, sladkorju in soli.

Pri opredeljevanju nezdravega oziroma zdravega prehranjevanja smo upoštevali 22 mednarodnih kriterijev, povezanih z dejavniki tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni (povišane vrednosti krvnega tlaka, maščob v krvi, krvnega sladkorja in prekomerne prehranjenosti) oziroma varovanja zdravja. (Zaletel Kragelj, Pavčič, Koch, Maučec Zakotnik, Fras 2004, 192-194, 251-281)

Model splošnega nezdravega načina prehranjevanja

Strokovnjaki opredeljujejo pojem nezdravega prehranjevanja kot neustrezno hranilno in energijsko vrednost zaužite hrane, uporabo neustreznih in celo nepravilnih načinov njene priprave in nepravilen ritem dnevnega uživanja hrane.

V model nezdravega prehranjevanja uvrščamo:

- nezadostno uživanje zelenjave in sadja,
- nezadostno uživanje hrane, bogate z vlakninami,
- prepogosto uživanje energijsko prebogate hrane,
- prepogosto uživanje maščob, ki vsebujejo veliki deleže nasičenih maščobnih kislin,
- uživanje preveč slane hrane,
- nezadostno uživanje hrane, ki vsebuje kalcij,
- prepogosto uživanje hitro razgradljivih ogljikovih hidratov (slaščice, sladke pijače),
- nezadostno uživanje rib, ki vsebujejo veliko omega-3 maščobnih kislin,
- neprimeren ritem prehranjevanja, (manj kot tri obroke na dan).

Kriteriji za opredeljevanje splošnega nezdravega načina prehranjevanja glede na vprašanja v vprašalniku in delež anketiranih z nezdravim ritmom prehranjevanja, pripravo in izborom živil, so prikazani v tabeli 3.1

Tabela 3.1 Delež anketiranih z nezdravim ritmom prehranjevanja, pripravo in izborom živil na podlagi 22 mednarodnih kriterijev

Kriteriji	Nezdrave prehranske navade	Delež (v %)	
1	Dnevno število obrokov	2 obroka ali manj	7,7
2	Vrsta maščobe pri kuhanju	margarina	14,9
		maslo	29,4
		svinjska mast	9,4
3	Maščoba kot namaz	navadna margarina	4
		maslo	23
		uporaba svinjske masti	0,9
uživanje			
4	Mleko in mlečni izdelki	manj kot 1x/dan	28,7
5	Skrita mlečna maščoba	3,2% ali več	32,9
7	Vrsta kruha	bel, polbel ,črn kruh, drugi, noben	74,7
8	Zelenjava(sveža, kuhana, predelana)	manj kot 1x/dan	17,9
9	Sveže sadje	manj kot 1x/dan	16,3
10	Rdeče meso	1x/dan ali več	7,9
11	Perutnina	manj kot 1-3x/teden	37,3
12	Ribe in morski sadeži	največ 3x/mesec	59,1
13	Testenine, riž, krompir	manj kot 1x/dan	68,7
14	Žita (kosmiči, muesli, kaše)	največ 3x/mesec	46,9
15	Ocvrte jedi	1x/teden ali pogosteje	28,9
16	Peciva, sladice ali slaščice	več kot 3x/mesec	68,9
17	Mesni izdelki z veliko maščob	1x/teden ali pogosteje	25,5
18	Sendviči, hot dog, pizza, burek	1x/teden ali pogosteje	25,5
19	Gotove jedi (pločevinke, instant juhe)	4-6x/teden ali pogosteje	1,5
20	Jajca kot samostojna jed	1x/teden ali pogosteje	4
21	Sladke brezalkoholne pijače	4-6x/teden ali pogosteje	21,7
22	Soljenje hrane	vedno brez predhodnega pokušanja	0,4

Model splošnega zdravega prehranjevanja

Pri opredeljevanju uravnoveženega, zdravega prehranjevanja smo upoštevali 22 mednarodnih kriterijev na podlagi priporočil in smernic za zdravo prehrano (Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010 2005), ki preprečujejo ali odložijo nastanek prezgodnjih obolenj, invalidnosti in smrti, povezanih z visokim

krvnim tlakom, maščobami v krvi, sladkorjem v krvi, in prekomerno prehranjenostjo. Kriteriji za opredeljevanje splošnega zdravega načina prehranjevanja glede na vprašanja v vprašalniku in delež anketiranih z zdravim ritmom prehranjevanja, pripravo in izborom živil so prikazani v tabeli 3.2.

Tabela 3.2 Delež anketiranih z zdravimi ritmom prehranjevanja, pripravo in izborom živil na podlagi 22 mednarodnih kriterijev

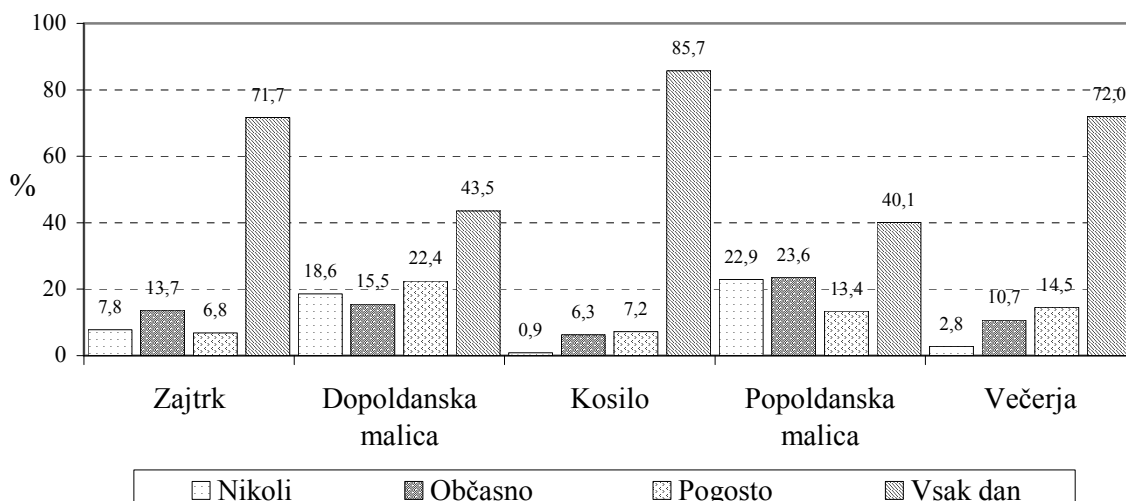
Kriteriji	Zdrave prehranske navade	Delež (v %)
1 Dnevno število obrokov	5 obrokov	17,5
2 Vrsta maščobe pri kuhanju	oljčno olje	76,6
	druga kvalitetna rastlinska olja	17,9
	navadna rastlinska olja	34,5
3 Maščoba kot namaz	margarina z manj maščobe	19,5
	nobene	54,9
uživanje		
4 Mleko in mlečni izdelki	1x/dan ali več	71,3
5 Skrita mlečna maščoba	1,6% ali manj	46,8
	0,5% maščobe	5,6
7 Vrsta kruha	polnozrnat kruh	25,3
8 Zelenjava (sveža, kuhana, predelana)	1x/dan ali več	82,1
9 Sveže sadje	1x/dan ali več	83,7
10 Rdeče meso	1-3x/mesec	30,7
11 Perutnina	4-6x/teden	2,9
12 Ribe in morski sadeži	1-3x/teden	34,3
13 Testenine, riž, krompir	1x/dan ali več	31,3
14 Žita (kosmiči, muesli, kaše)	največ 1x/dan in več	15,1
15 Ocvrte jedi	nikoli	15,4
16 Peciva, sladice ali slaščice	1-3x/mesec ali nikoli	31,1
17 Mesni izdelki z veliko maščob (salame, paštete, ...)	1-3x/mesec ali nikoli	74,5
18 Sendviči, hot dog, pizza, burek	1-3x/mesec ali nikoli	74,5
19 Gotove jedi (pločevinke, instant juhe)	1-3x/mesec ali nikoli	95
20 Jajca kot samostojna jed	1-3x/mesec	43,9
21 Sladke brezalkoholne pijače	1-3x/mesec ali nikoli	61,9
22 Soljenje hrane	nikoli že pripravljene hrane	70,7

Število obrokov in kraj uživanja obrokov

Ritem prehranjevanja predstavlja število dnevnih obrokov in časovni razmak med njimi. S pravilnim ritmom prehranjevanja organizmu zagotavljamo stalno preskrbo s hranljivimi snovmi in potrebno energijo, ki jo potrebujemo za opravljanje vseh funkcij. Strokovnjaki so ugotovili, da je za naše zdravje, dobro psihično in fizično počutje pomembno število zaužitih obrokov. Pravilen ritem prehranjevanja naj bi obsegal pet dnevnih obrokov: tri glavne (zajtrk, kosilo in večerja) in dva dopolnilna obroka (dopoldanska in popoldanska malica). Količinsko obroki naj ne bi bili preobilni. Redni dnevni obroki naj bi bili zaužiti v časovnem razmaku 3 do 4 ur. Vmesnih prigrizkov naj ne bi bilo, saj z njimi največkrat zvišujemo le vneseno energijo. Če brez prigrizkov med obroki ne gre, potem dajmo prednost sadju in zelenjavi (namesto čokolade, keksov, čipsa, itd.). Neredna prehrana (premajhno število dnevnih obrokov), opuščanje obrokov (posebej zajtrka), nepravilni časovni razmik med obroki, so pomemben dejavnik tveganja pri nastanku kroničnih bolezni, slabega počutja in slabše delovne storilnosti. Med ljudmi, ki uživajo manjše število dnevnih obrokov, je mnogo več takih, ki imajo zvišano telesno maso (Mori Lukančič 2007).

Iz raziskave je razvidno, da anketirani v povprečju zaužijejo 3,6 obrokov dnevno, dva obroka dnevno 7,7 %, pet obrokov 17,5 % anketiranih. Vsak dan zaužije zajtrk 71,7 % udeležencev, dopoldansko malico 43,5 %, kosilo 85,7 %, popoldansko malico 40,1 % in večerjo 72,0 %.

Slika 3.2 Pogostost uživanja zajtrka, dopoldanske malice, kosila, popoldanske malice in večerje



Doma zaužije zajtrk, kosilo in večerjo 90,3 % anketiranih, 43,7 % dopoldansko malico in popoldansko malico 70,6 %. Izven doma zaužije dopoldansko malico 39,9 %, kosilo pa 13,3 % anketiranih. 20,5 % anketiranih dopoldanske in popoldanske malice sploh ne uživa.

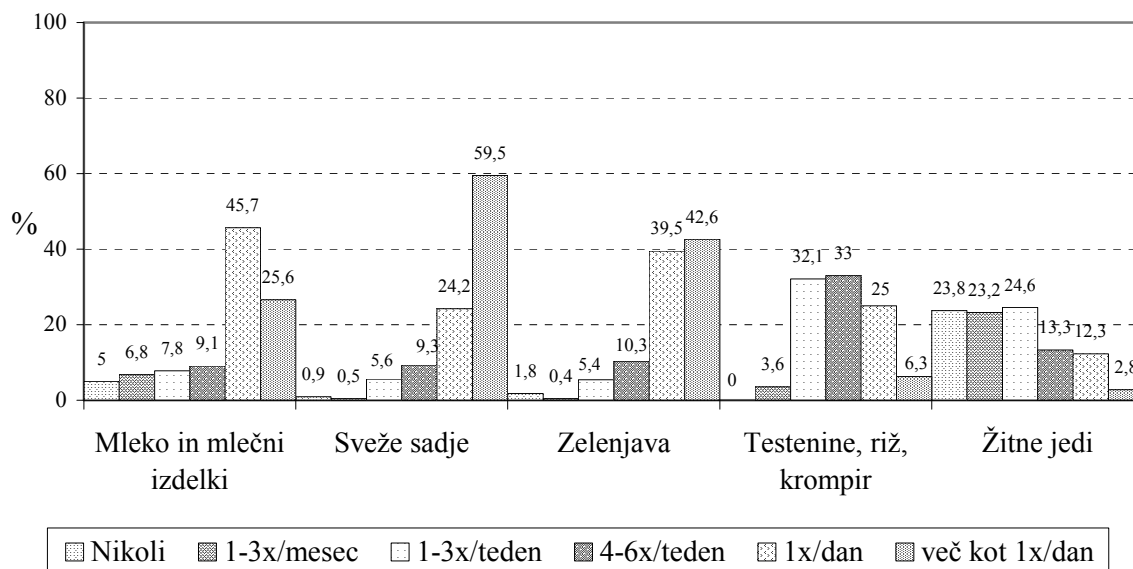
Pogostost uživanja živil

Za normalno rast, razvoj in delovanje organizma naj bodo pripravljene obroki hrane sestavljeni iz priporočenih kombinacij različnih vrst živil iz vseh skupin živil s primernim energijskim vnosom. Pomembno je razmerje med tem, koliko pojemo in koliko porabimo. Za zmerno dejavne ljudi, stare od 31 do 50 let, je priporočena dnevna količina kalorij 2000 za ženske in od 2400 do 2600 za moške. Ogljikovi hidrati naj bi pokrili 50-75 % dnevnih energijskih potreb, maščobe 15-30 % in beljakovine 10-15 % energijskih potreb.

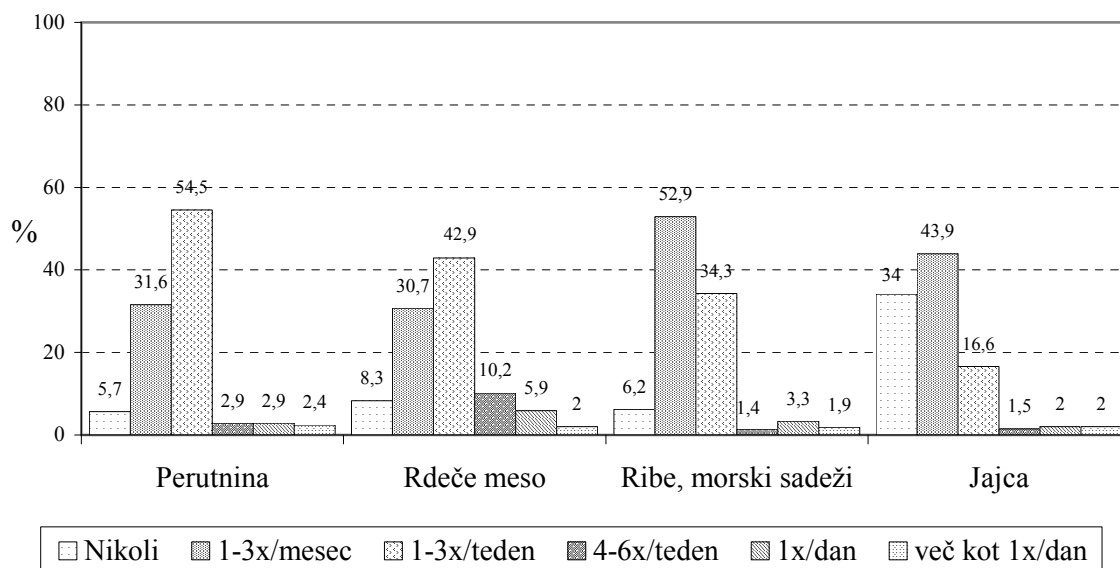
Slovenske prehranske smernice priporočajo: vsakodnevno uživanje svežega sezonskega sadja (najmanj dva krat na dan in zelenjave (najmanj trikrat na dan), polnovredna žita in žitne izdelke pri vseh obrokih, mleka in mlečnih izdelkov z manj maščobami. Ribe in morske sadeže naj bi uživali ena do dva krat na teden, v manjših količinah puste vrste mesa pet krat na teden in rdeče meso enkrat na teden; zamenjali meso s stročnicami, oreščki enkrat na teden in pri pripravi hrane uporabljali kakovostna rastlinska olja v manjših količinah (oljčno, repično, sojino). Pomembno je uživanje zadostne količine pijač, predvsem zdravstveno ustrezne pitne vode (najmanj dva litra in pol na dan). Hrane ni priporočeno dosoljevati. Odsvetovana hranilno revna in energetsko gosta živila z veliko nasičenih maščob in sladkorja, soli, aditivov, konzervansov (pekovski in slaščičarski izdelki, industrijski izdelki, čokolada, mesni izdelki, namazi, polnomastno mleko in mlečni izdelki, gazirane in negazirane sladke pijače, konzervirane jedi) naj bi v vsakdanji jedilnik vključevali redko, v velikih časovnih presledkih, največ le nekajkrat mesečno in v manjših količinah (Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah 2005, 34-35).

V spodnjih slikah 3.3, 3.4 in 3.5 prikazujemo pogostost uživanja živil (doma, na delu in v prostem času), razdeljenih v 15 skupin: mleko in mlečni izdelki; sveže sadje; zelenjava; testenine, riž, krompir; žitne jedi; perutnina; rdeče meso; ribe, morski sadeži; jajca; ocvrte jedi; sendviči; jedi iz pločevink; mesni izdelki z veliko maščobe; pecivo ter gazirane in negazirane brezalkoholne pijače.

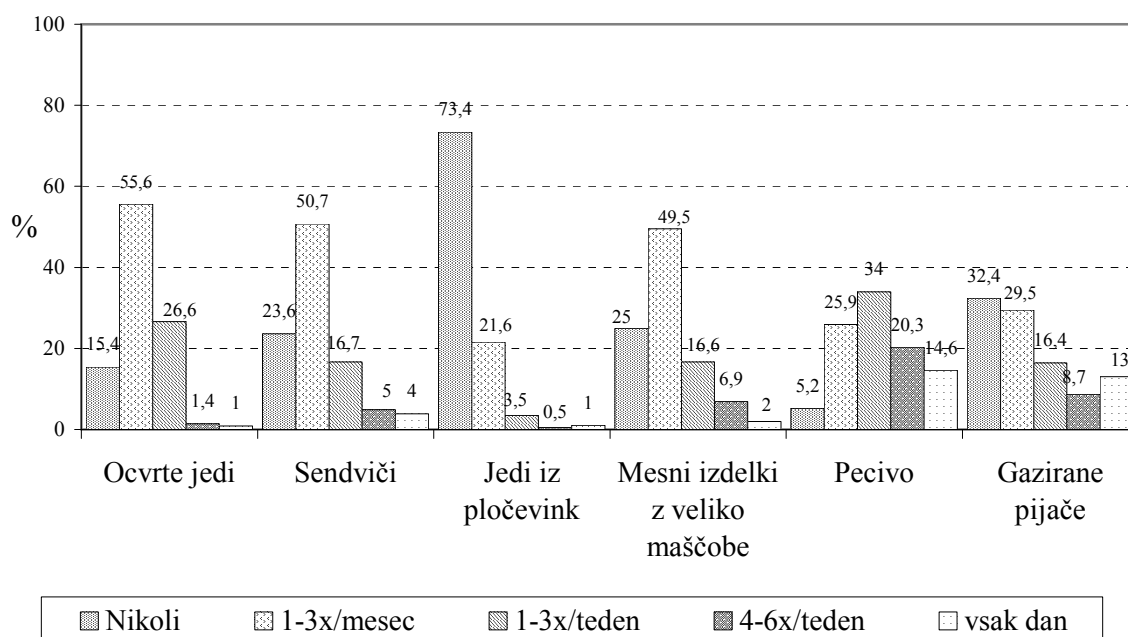
Slika 3.3 Pogostost uživanja mleka in mlečnih izdelkov, svežega sadja in zelenjave, testenin, riža, krompirja, žitnih jedi



Slika 3.4 Pogostost uživanja perutnine, rdečega mesa, rib in morskih sadežev, jajc



Slika 3.5 Pogostost uživanja ocvrtih jedi, sendvičev, jedi iz pločevink, mesnih izdelkov z veliko maščobe, peciva, gaziranih pijač



Na področju prehranskih navad ugotavljamo, da število dnevnih obrokov in ritem prehranjevanja povprečnega anketiranca nista ustrezna, energijska vrednost povprečnega obroka je previsoka, zaužijejo preveč skupnih maščob in preveč nasičenih maščob, ki pomembno vplivajo na pojavnost srčno-žilnih bolezni in raka debelega črevesa. V prehrani je premalo sadja, predvsem pa zelenjave ter prehranske vlaknine, ki so pomembni prehranski varovalni dejavniki pred kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010 2005).

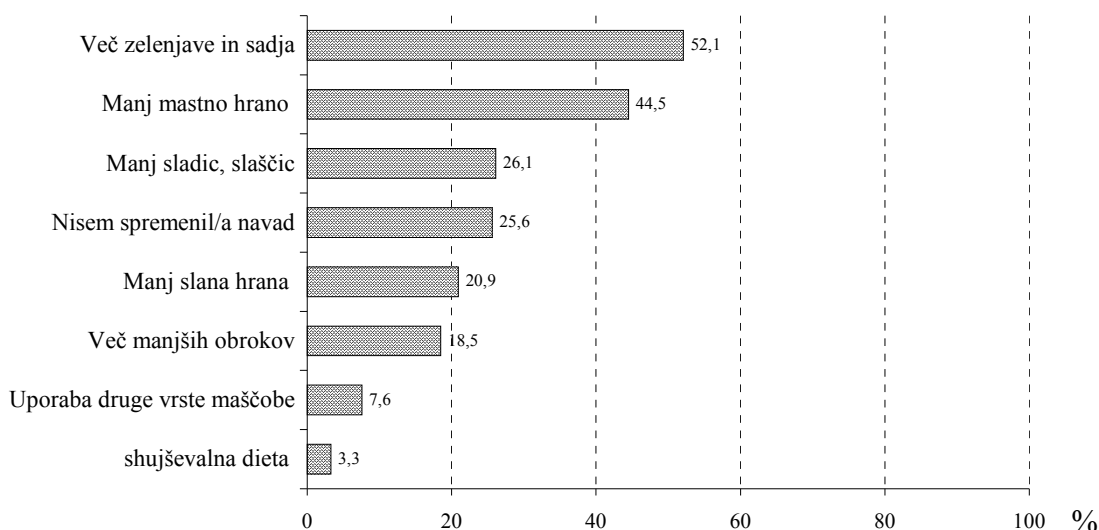
Spreminjanje prehranskih navad

Pojem prehranske navade posameznika, skupine ljudi ali celotnega prebivalstva na nekem območju zajema kakovost hrane glede na zaužita hranila, ritem prehranjevanja in vedenje med hranjenjem. Če odstopajo od priporočil o zdravi prehrani, jih opredeljujemo kot slabe. Oblikovati jih začnemo v zgodnjem otroštvu in so odvisne od potreb telesa po ustrezni hranilni vrednosti in energijski sestavi (spol, starost, telesna dejavnost in zdravstveno stanje), družbeno-ekonomskih razmer (dostopnost hrane in cena) ter duševnih (vpliv staršev na otroke oziroma vzgojni vplivi, naučeni in vedenjski vzorci) in kulturno-verskih vplivov (Mori Lukančič 2007).

Osnova za spreminjanje prehranskih navad je znanje o zdravi prehrani in podporno okolje v družini, pri osebnem zdravniku in na delovnem mestu.

Zanimalo nas je, katere prehranske navade so izboljšali. Tretjina anketirancev se je sama odločila spremeniti prehranske navade, 27,5 % je svetoval zdravnik. Četrtnina anketiranih (25,6 %) pa svojih prehranskih navad ni spremenila.

Slika 3.6 Izboljšanje prehranskih navad



3.4.4 Prekomerna hranjenost in debelost

Industrializacija je s seboj prinesla epidemiološki prehod iz infekcijskih v kronične bolezni, še posebej bolezni srca in ožilja, srčni infarkt in rak. To je posledica spremenjenega prehranjevanja, ko se je zmerno prehranjevanje prevesilo v prekomerno uživanje hrane, polne maščob in sladkorjev, kar povzroča prekomerno telesno težo in/ali debelost.⁹

Prekomerna telesna teža in/ali debelost sta stanji/bolezni, ki ju predvsem zaradi izredne razširjenosti in ne zavedanja velikega pomena za zdravje prepogosto zanikamo.

⁹ Listina HFA o Evropi: cilj 14. Zdravje za vse do leta 2000, 1984. Na 34. zasedanju Regionalnega urada SZO za Evropo leta 1984, je bilo sprejetih 38. specifičnih ciljev uresničevanja strategije "Zdravje za vse do leta 2000". Namen ciljev je bil doseči čim večje število zagovornikov javnega zdravja, strokovnjakov, aktivistov in tistih, ki sprejemajo odločitve. Politika in gibanje za zdravje morata biti usmerjeni naprej, nanašajoč se na socialne determinante, v smislu odpravljanja vzrokov za slabo zdravje, preden se le-ti razvijejo. To je izziv za vse tiste, ki sprejemajo odločitve, kakor tudi za zagovornike javnega zdravja. Znanstveni dokaz socialnih determinant je močan, vendar se s to problematiko ukvarjajo predvsem strokovnjaki.

Prekomerna prehranjenost je opredeljena kot pojav, pri katerem je teža telesa višja od normalne teže za določeno telesno višino in spol. Skrajno stanje prekomerne prehranjenosti imenujemo debelost (Zaletel Kragelj, Fras, Maučec Zakotnik 2004).

Debelost je ena od najbolj stigmatiziranih bolezni, ki je povezana z mnogimi hudimi obolenji in prezgodnjim umiranjem. Število debelih bolnikov se je v zadnjih štirih desetletjih podvojilo. Debelost predvsem strmo narašča v deželah, kamor vdira zahodni način življenja, in v okoljih z nizkimi dohodki ter slabo izobrazbo (Zaletel Vrtovec 2007).

Debelost v današnjem času, tudi v Sloveniji, predstavlja enega od resnih javno-zdravstvenih problemov, posebej zaskrbljujoči so trendi pri otrocih in v nižjih socialno ekonomskih skupinah. Dokazano je, da Evropejci jedo vedno več in da njihova prehrana ni uravnotežena. Podatki Organizacije za prehrano in kmetijstvo kažejo, da se je med leti 1961-2001 energija, pridobljena z vnosom hrane, v Evropi zvišala za več kot 15 %. Nezdrav način prehranjevanja, pomanjkanje telesne dejavnosti vodi do nastanka debelosti in drugih bolezni. Poleg tega se debelost odraža tudi v slabši kvaliteti življenja prebivalcev ter v nižji pričakovani življenjski dobi.¹⁰

Debelost predstavlja tudi veliko breme za gospodarski in socialni razvoj države zaradi stroškov zdravljenja posledic kroničnih bolezni. Podatki kažejo, da je kar štiri do sedem odstotkov celotne javne porabe za zdravstvo v državah Evropske unije namenjenih za odpravljanje socialno-ekonomskih posledic bolezni, povezanih s težavami prekomerne telesne teže.¹¹

Iz naše raziskave je razvidno, da je le 26,7 % anketiranih zadovoljnih s svojo telesno težo, kar 70,1 % bi radi shujšali in 1,8% bi radi pridobili na teži. 1,4 % anketiranim pa je vseeno, kakšno telesno težo imajo.

Zdrav način prehranjevanja je del zdravega načina življenja, v katerega sodi tudi primerna telesna aktivnost. Oboje se odraža v normalni prehranjenosti odraslega človeka z indeksom telesne mase (ITM) od 18,5 do 24,9. Normalno prehranjenost, čezmerno telesno maso in debelost ocenjujemo z indeksom telesne mase, ki ga določa razmerje med telesno maso in kvadratom višine in ga izračunamo v kg/m^2 .

¹⁰ Delovni dokument služb komisije-Spremni dokument k Beli knjigi Komisije Evropskemu parlamentu in Svetu o strategiji za Evropo, glede zdravstvenih vprašanj v zvezi s prehrano, prekomerno telesno težo in debelostjo. Bruselj 2007.

¹¹ Prehrana in telesna dejavnost v Sloveniji in Evropi - izzivi in priložnosti, Debelost kot javno-zdravstveni problem 2007, podatke zbral in uredil Rok Poličnik, svetovalec II, Ministrstvo za zdravje, Štefanova 5, Ljubljana, maj 2007.

81,6 % anketiranih ve, da z indeksom telesne mase ugotavljamo primernost telesne teže. Več kot polovica udeleženih (55,3 %) pa ne ve, kakšna je priporočena stopnja normalne hranjenosti za odrasle.

Na osnovi podatkov o telesni teži in višini anketiranih smo ocenili indeks telesne mase: 41,1 % je normalno hranjenih (ITM 18,5-24,9) in kar 40,7 % ima povečano telesno težo (ITM 25-29,9). Zaskrbljujoč je podatek, da smo pri petini (14,5 %) anketiranih ugotovili debelost prve stopnje (ITM 30-34,9) in (3,7 %) debelost druge stopnje (ITM nad 35).

Četrtnina (25,9 %) anketiranih je nasvet za znižanje telesne teže iz zdravstvenih razlogov dobila pri zdravniku, 8,8 % pri družinskem članu, 3,7 % pri drugem zdravstvenem delavcu in 2,8 % pri prijatelju, tretjina (30,6 %) anketiranih se je za to sama odločila. Več kot četrtnina (28,2 %) anketiranih pa ne želi zmanjšati prekomerne telesne teže.

3.4.5 Telesna (gibalna) dejavnost

Vlada Republike Slovenije je 7. marca 2007 sprejela Strategijo na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012. S predvidenimi ukrepi in nalogami vključuje vse ključne sektorje, ki naj bi na sistemskem nivoju pomembno prispevali k povečanju telesne dejavnosti za krepitev zdravja. Strategija vključuje tri ključne stebre: športno rekreacijo, telesno dejavnost odraslih v delovnem okolju in telesno dejavnost otrok v šolskem okolju ter aktivnosti za vzpostavitev varne prometne infrastrukture za hojo in kolesarjenje na področju transportnega gibanja.

Nezadostna telesna (gibalna) dejavnost je eden izmed najpomembnejših dejavnikov nezdravega življenjskega sloga, h kateremu prispevajo tudi nezdrava prehrana, kajenje, nedovoljene droge, stres in uživanje alkoholnih pijač. Znanstveno je dokazano, da spadajo naštetih dejavniki nezdravega življenjskega sloga med ključne v procesih nastanka, napredovanja in pojavljanja zapletov najpomembnejših kroničnih nenalezljivih bolezni: bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni, nekaterih vrst raka, nekaterih kroničnih pljučnih bolezni, debelosti, osteoporoze in drugih bolezni kostno-mišičnega sistema. Nezadostna dejavnost in nezdravo prehranjevanje sta tesno povezana s pojavljanjem in vzdrževanjem znanih fizioloških dejavnikov tveganja v zvezi s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. Od sedmih ključnih dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni (zvišan krvni tlak, zvišan holesterol v krvi, zvišan indeks telesne mase, prenizek vnos zelenjave in sadja, čezmerno uživanje alkohola, kajenje) je vsaj pet tesno povezanih s telesno (gibalno) nedejavnostjo.

Redna in varna telesna (gibalna) dejavnost ima ugodne učinke tudi na zdravje: podaljšuje življenje; pomaga zgraditi in ohranjati zdrave kosti, močne mišice, gibljive sklepe, zmanjšuje stres, depresijo, strah in osamljenost; spodbuja dobro počutje, samozavest in vitalnost, pomaga vzdrževati zdravo telesno težo, pri ženskah preprečuje osteoporozo in zmanjša tveganje za zlom kolka, zmanjšuje tveganje za razvoj bolečin v

križu in v kolenih, pomaga pri opuščanju kajenja in škodljivega pitja alkohola. Gibalne in športne aktivnosti so tudi dobra priložnost za druženje in pridobivanje novih prijateljev. Izsledki sodobne znanosti kažejo, da ogroženost za nastanek in napredovanje kroničnih nenalezljivih bolezni in fizioloških dejavnikov tveganja za zdravje pomembno zmanjšuje že vsaj pol ure zmerne telesne dejavnosti vsak dan od otroštva do pozne starosti. Zmerna telesna dejavnost privede do manjšega znojenja, rahle zadihanosti, povečanega srčnega utripa in občutka povečane temperature, posebno v vročem in v vlažnem vremenu. Ohranjanje mišične krepkosti, gibljivosti in ravnotežja pri ostarelem prebivalstvu ohranja tudi funkcionalne sposobnosti, preprečuje poškodbe ter bistveno povečuje možnost aktivnega staranja.¹²

Iz pridobljenih podatkov ugotavljamo, da 73,8 % anketiranih ve za polurno vsakodnevno priporočeno gibalno aktivnost za zdravje. 12,4 % meni da je dovolj pol urno gibanje tri do štiri krat na teden, 13,8 % anketiranih s priporočili pa ni seznanjenih.

Največ anketiranih (72,8 %) se giba pri opravljanju domačih opravil, več kot tretjina (43,9 %) sami poskrbijo za svojo telesno aktivnost v različnih oblikah rekreacije, 10,1 % anketiranih se giba na delovnem mestu, 5,3 % na poti na delo in z njega. 70,9 % anketiranih ocenjujejo lastno gibanje kot zmernen napor, 27,3 % kot manjši napor, le 1,8 % ocenjuje gibanja kot hud telesni napor. Samo 15,7 % anketiranih je pet ali več dni v tednu pol ure telesno (gibalno) dejavnih, tri do pet krat na teden je aktivnih petina anketiranih (20,6 %), tretjina (30,5 %) ena do tri krat tedensko, slaba petina (16,6 %) anketiranih en krat na teden. Kar 16,6 % anketiranih je telesno (gibalno) nedejavnih.

Nasvet za povečanje telesne (gibalne) aktivnosti v prostem času je 23,5 % anketiranih dobilo pri zdravniku, 3,7 % pri drugem zdravstvenem delavcu, pri družinskem članu (11,1 %), pri prijatelju (7,4 %). Dobra tretjina (35,9 %) se je za povečanje gibalne dejavnosti odločila sama. Kar 83 % anketiranih želi povečati telesno dejavnost in vključiti več gibanja v vsakdan, 17 % pa o tem ne razmišlja. Gibalnih navad v zadnjem letu ni spremenila nekaj več kot polovica (58,9 %) anketiranih, za povečanje telesne (gibalne) dejavnosti v prostem času pa se je odločilo le 41,1 % anketiranih.

¹² Strategija Vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007-2012, 2007 je ključni nacionalni dokument, ki poteka skladno s prehransko politiko. Vlada ga je sprejela na 112. redni seji marca 2007. Strategija je izdelana na osnovi številnih raziskav, ki kažejo na nezadostno telesno (gibalno) dejavnost vseh skupin prebivalcev Slovenije. Dokument vsebuje predloge aktivnosti in ukrepov, ki so predvidene za izvajanje na nacionalni in lokalni ravni in so usmerjene k stimulaciji prebivalcev k redni vsakodnevni telesni dejavnosti.

3.4.6 Kajenje tobaka

Kajenje tobaka je drugi največji vzrok za smrtnost v svetu. Trenutno je kajenje odgovorno za smrt enega od desetih odraslih v svetovnem merilu (približno 5 milijonov smrti letno). Če se bo tak vzorec kajenja tobaka nadaljeval, bo povzročil 10 milijonov smrti letno leta 2020. Polovica ljudi, ki trenutno kadi tobak, to je okoli 650 milijonov ljudi, bo slej ko prej umrlo zaradi posledic kajenja. Kajenje tobaka je četrti največji dejavnik tveganja za nastanek bolezni na svetu in drugi največji dejavnik tveganja za nastanek bolezni v Evropi. Nova znanstvena spoznanja so nesporno dokazala, da je pasivno kajenje, ki mu je nekadilec izpostavljen nekaj ur na dan, prav tako povezano s prezgodnjo obolevnostjo in umrljivostjo kot kajenje samo in ima torej škodljive posledice tudi za tiste ljudi, ki nikoli niso prižgali cigarete. Pasivno kajenje po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije poveča nevarnost pljučnega raka za 20 % do 30 % in srčnih bolezni za približno 23 %.

Pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije so države sprejele mednarodno konvencijo za nadzor nad tobakom, ki vse države, ki jo ratificirajo, zavezuje, da sprejmejo ukrepe, ki dokazano učinkovito vplivajo na zmanjševanje kajenja in bodo v čim večji meri zaščitili ljudi pred škodljivimi učinki tobačnih izdelkov. Konvencijo je sprejelo že več kot sto držav, Slovenija pa jo je ratificirala 26. januarja 2005 (Kerstin Petrič 2005).

Ministrstvo za zdravje je v letošnjem letu sprejelo Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov¹³, ki vključuje prepoved kajenja v vseh zaprtih delovnih in javnih mestih, vključno z gostinskimi obrati. Popolna prepoved kajenja na vseh delovnih mestih brez izjem temelji na znanstvenih spoznanjih, da je izpostavljenost tobačnemu dimu iz okolja oziroma pasivnemu kajenju vzrok za prezgodnjo obolevnost in umrljivost zaradi različnih vrst raka, bolezni srca in ožilja ter drugih bolezni. Spremembe zakona so prvenstveno namenjene zaščititi zdravja vseh, ki so na delovnih mestih ali kako drugače izpostavljeni tobačnemu dimu iz okolja. Obenem zakon vključuje dvig starosti za nakup in prodajo tobačnih izdelkov na 18 let, kot to določa Okvirna konvencija za nadzor nad tobakom Svetovne zdravstvene organizacije. Zakon uvaja take ukrepe, ki prinašajo številne koristi tako posamezniku kot državi.

Iz ankete izhaja, da je nekaj manj kot četrtina (27,3 %) anketiranih zelo zaskrbljena glede škodljivih posledic kajenja oz. tobačnega dima za njihovo zdravje, 38,3 % je nekoliko zaskrbljenih, 34,4 % anketiranih ni preveč oziroma sploh ni zaskrbljenih. Nikoli ni kadilo 73 % anketiranih; 22,8 % je bivših kadilcev; 4,2 % pa trenutno kadi.

¹³ Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov Uradni list Republike Slovenije 2007 št. 60.

Visok delež nekadilcev utemeljujemo z dejstvom, da so med anketiranimi predvsem odrasle ženske, za katere vemo tudi iz drugih raziskav, da v primerjavi z moškimi manj kadijo. Družina, prijatelji ali kolegi so lahko v podporo (ali oviro) osebi, ki želi spremeniti navade. 9,9 % anketiranim je zdravnik svetoval, naj opustijo kajenje, 21,1 % družinski član in 2,8 % prijatelj. Želja za opustitev kajenja je prisotna pri 62,5 % kadilcev. Tobačnemu dimu (doma ali na delovnem mestu) ni izpostavljenih 78,2 % anketiranih, 14 % preživi manj kot uro na dan v okolju, kjer nekdo kadi, 7,8 % pa preživi več kot 1 uro na dan v okolju, kjer nekdo kadi.

3.4.7 Alkohol

Škodljivo in čezmerno pitje alkoholnih pijač je zelo pomemben javno-zdravstveni problem, s katerim je povezano večje tveganje za bolezni. Alkohol se za tobakom, nepravilno prehrano in telesno neaktivnostjo uvršča med dejavnike, ki največ prispevajo k umrljivosti. Posledice uživanja alkohola so škodljivi družbeni pojavi kot nasilje, huliganstvo, kriminal, družinske težave in socialna izključenost ter nizka delovna storilnost ter nenazadnje veliko število smrtnih žrtev na cestah. Alkohol je kriv za prezgodnjo smrt in invalidnost pri 12 % moških in 2 % žensk v Evropski uniji. Zaradi dolgotrajnega čezmernega uživanja alkoholnih pijač se pojavijo tako duševne kot tudi telesne posledice na zdravju, na socialnem in ekonomskem področju. Ocenjujejo, da posamezni vzroki smrti, ki so povezani s pitjem alkohola (ciroza jeter, smrtne prometne nezgode, samomori), znatno več prispevajo k potencialno izgubljenim letom življenja pred starostjo 65 let kot rakasta obolenja ter bolezni srca in ožilja (Zaletel Kragelj, Čebašek Travnik, Hovnik Keršmanc 2004, 341-349).

Poraba alkohola v razvitih državah upada, v državah v razvoju in državah srednje in vzhodne Evrope, kamor sodi tudi Slovenija, pa narašča. Slovenija se po porabi čistega alkohola na prebivalca uvršča med evropske države z najvišjo porabo. V državah, kjer je veliko čezmernega pitja, so pivci predvsem moški. V Sloveniji strokovnjaki ocenjujejo, da je vsak deseti odrasli moški in vsaka petindvajseta odrasla ženska verjetno že odvisna od alkohola. V zvezi s pitjem alkoholnih pijač, s katerim so povezane negativne posledice, ločimo tvegano in škodljivo rabo alkohola. Pod tvegano rabo alkohola pojmujejo način pitja alkohola, pri katerem uživalci tvegajo, da bo prišlo do posledic. Pri škodljivi rabi alkohola dejansko pride do posledic. Najbolj rizični so prebivalci, ki stalno pijejo alkoholne pijače v čezmernih količinah, ob tem pa se tudi opijajo (Zaletel Kragelj, Čebašek Travnik, Hovnik Keršmanc 2004, 341-349).

Ženske z enako telesno maso kot moški pri pitju enakih količin alkoholne pijače zaradi drugačne strukture telesa (ženske imajo v telesu več maščevja in manj vode kot moški) in presnove, dosežejo višje koncentracije alkohola v krvi. Na podlagi rezultatov velikih epidemioloških študij so slovenski strokovnjaki določili še relativno varno, dopustno količino čistega alkohola na dan za zdravega odraslega moškega: 2 dl vina ali

5 dl piva ali 0,6 dl žgane pijače in za zdravo odraslo žensko, ki ni noseča in ne doji: 1 dl vina ali 2,5 piva ali 0,3 dl žgane pijače. Pitje alkohola je popolnoma odsvetovano otrokom in mladini, nosečnicam in doječim materam, osebam z duševnimi motnjami in boleznimi, pri nekaterih telesnih obolenjih (boleznih jeter, visokem krvnem tlaku...), osebam, ki jemljejo zdravila, odvisnim od alkohola in drugih drog ter pred in med tveganimi situacijami, kot so vožnja, delo s stroji ali nevarnimi snovmi, športne aktivnosti (Zaletel Kragelj, Čebašek Travnik, Hovnik Keršmanc 2004, 341-349).

Alkoholne pijače je v zadnjem letu pilo vsak dan 8,4 % anketiranih, več kot četrtina (28,5 %) nekajkrat na leto; 9,8 % tri do šest krat na teden; 18,7 % ena do dva krat na teden; 8,4 % enkrat na mesec in 11,2 % dva do tri krat na mesec. 15 % anketiranih ne posega po alkoholnih pijačah. Večina največkrat pije vino (76,1 %), sledi 15,2 % pivo in 3,7 % žgane pijače.

Skoraj polovica (41,9 %) anketiranih pije še dopustno količino alkohola enkrat tedensko, slaba petina (18,6 %) dvakrat tedensko, 15,1 % trikrat tedensko, (8,1 %) štirikrat, (7 %) petkrat, (1,2 %) šestkrat tedensko. 8,1 % anketirancev popije še dopustno količino alkohola vsak dan v tednu. Ob eni priložnosti je v zadnjem letu popilo večjo količino alkoholnih pijač (moški šest meric ali več, ženske štiri merice ali več) enkrat tedensko 3,1 % anketiranih, dva do trikrat tedensko 4,2 %, nekajkrat na leto tretjina anketiranih (30,2 %) in 62,5 % nikoli.

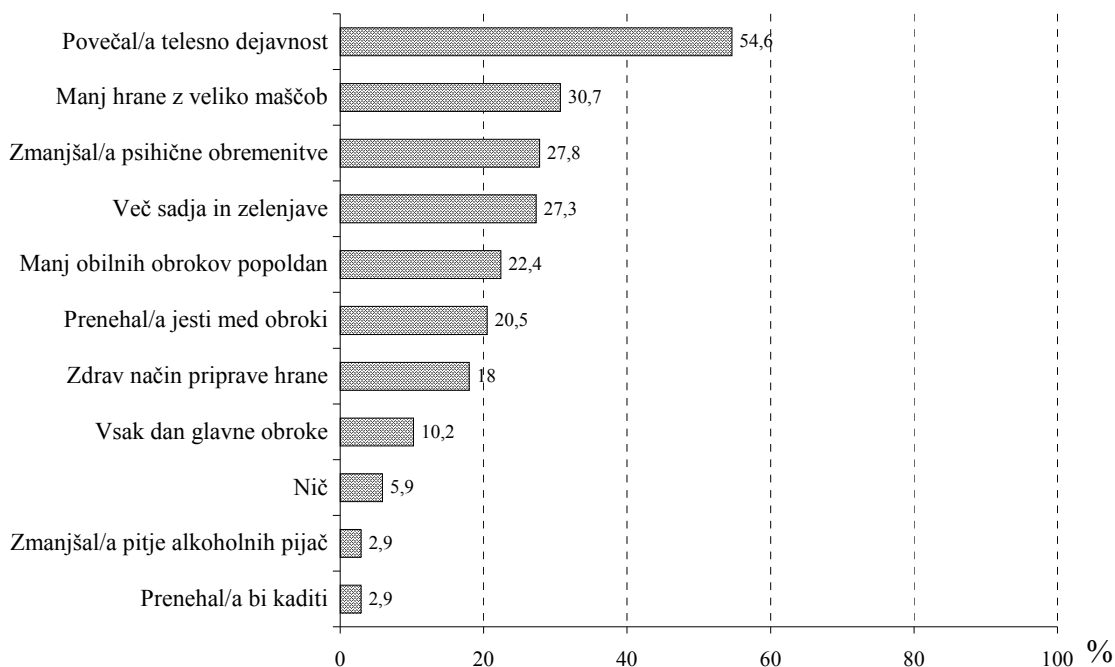
Zmanjšati pitje alkoholnih pijač si želi 21,2 % anketiranih, 78,8 % pa o tem ne razmišlja. Navade pitja alkoholnih pijač v zadnjem letu si želi spremeniti le 10,7 % anketiranih. Nasveta za spremembo pivskih navad večina anketiranih (91,2 %) ni dobila.

3.4.8 Spremembe življenjskega sloga

Poučevanje populacije o dejavnikih tveganja za zdravje je relativno enostavno, veliko težje je spreminjati njihova stališča in še težje obnašanja. Sprememba obnašanja je individualni proces, ki poteka po določenih stopnjah s številnimi ovirami, ki so specifične za vsakega posameznika. Pomembno je, da posameznik spozna, na kateri stopnji procesa spreminjanja je in temu ustrezno ukrepa. Posamezniki, ki poskušajo spremeniti svoj življenjski slog, gredo običajno preko šestih stopenj: od nezainteresiranosti, razmišljanja, priprave, izvajanja, ohranjanja, ponovitev. Ljudem mnogokrat ne uspe ohraniti spremenjenega načina življenja, ampak popustijo in se vrnejo v stare tirnice. Veliko ljudi, ki obišče splošnega zdravnika, nima interesa za spremembo tveganega življenjskega sloga. Težava velikokrat ni v tem, da ljudje ne vidijo rešitve, ampak v tem, da ne vidijo težave. Znanje o pomenu zdravega življenjskega sloga in škodljivosti razvad je prvi pogoj za začetek razmišljanja o spremembi tveganega vedenja.

Najlažje dosegljive spremembe življenjskega sloga na področju prehrane, gibanja, pitja alkoholnih pijač in kajenja tobaka pri udeležencih so prikazane v sliki 3.7.

Slika 3.7 Najlažje dosegljive spremembe življenjskega sloga



3.5 Evalvacijsko poročilo vseh delavnic in predavanj za občane

3.5.1 Namen evalvacije

Bistven vidik promocije zdravja je evalvacija. Namen evalvacije je ovrednotiti uspešnost in učinkovitost programov promocije zdravja, vplivati na njihovo kvaliteto in na kvaliteto izvedbe. Evalvacija v celostnem smislu je sistematična študija programa z namenom pridobitve znanja, ki ga lahko različni udeleženci programa uporabijo za različne namene, pri tem je treba upoštevati načela znanstvenega raziskovanja. Kako izbrati primerna merila za evalviranje (objektivna in subjektivna) in kako vključiti vse interesne skupine, so trenutno glavni izzivi pri evalvaciji promocije zdravja (Gabrijelčič Blenkuš, Jeriček 2006).

Razlogi, zakaj je evalvacija v promociji zdravja tako pomembna, so:

- zunanji - zdravstvene oblasti oz. plačniki želijo imeti dokaze o uspešnosti finančnih vložkov in tudi kritiki promocije zdravja so skeptični glede njene učinkovitosti,

- notranji - izvajalci promocije zdravja skozi evalvacijo lahko prikažejo vrednost svojega dela (uspešnost in učinkovitost) ter hkrati izboljšajo kvaliteto izvedbe ukrepov in programov.

Evalvacijski vprašalnik, s katerim smo ugotavljali zadovoljstvo občanov s predavanji in delavnicami v okviru projekta "Več zdravja v občini", je izpolnilo 762 oseb. Zbrani podatki so pomembni za nadaljevanje projekta v prihodnjih letih. Z upoštevanjem izraženih predlogov in želja občanov želimo z izobraževanjem in usposabljanjem nadaljevati in tako pridobiti še večje število ljudi, predvsem pa moramo pripraviti posebne motivacijske programe za senzibilizacijo tistih rizičnih skupin občanov, ki še niso dovolj zainteresirani za vključevanje v že obstoječe programe.

3.5.2 Metoda zbiranja podatkov

Z anonimnim evalvacijskim vprašalnikom smo s petstopenjsko Likertovo lestvico stališč¹⁴ ugotavljali zadovoljstvo udeležencev z izvedenimi delavnicami in predavanji ter koristnost, uporabnost in učinkovitost posredovanih informacij za spreminjanje in izboljšanje življenjskega sloga.

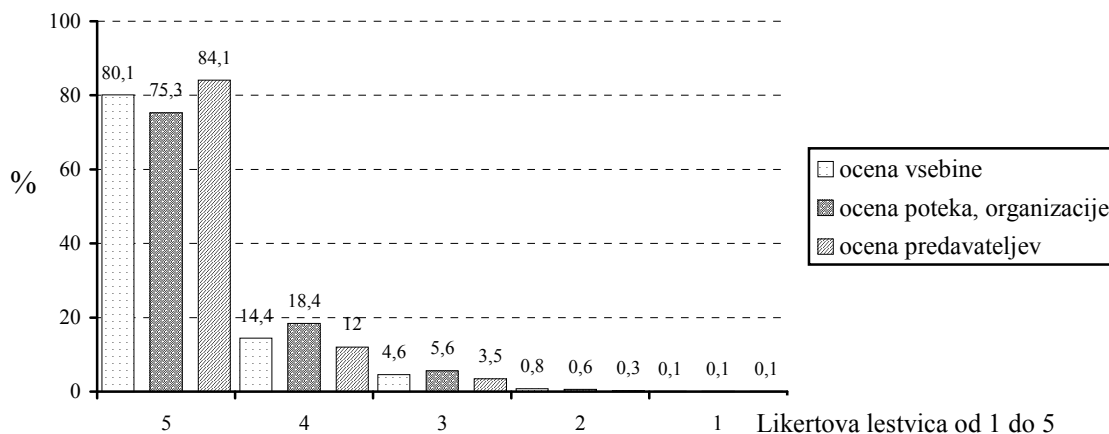
Analiza podatkov je osnova za vse nadaljnje aktivnosti, namenjene spodbujanju zdravega življenjskega sloga občanov.

3.5.3 Rezultati evalvacije

Iz analize podatkov je razvidno, da je kar 80,1 % anketiranih zelo zadovoljnih z vsebino predavanj in delavnic, prav tako s potekom, organizacijo (75,3 %) in s predavatelji (84,1 %). Z Likertovo lestvico smo v razponu od 1 (nezadovoljni) do 5 (zelo zadovoljni) ugotavljali stališča anketirancev do izvedenega programa delavnic in predavanj. Povprečna ocena vsebine, poteka in organizacije delavnic in predavanj je 4,7, zadovoljstvo s predavatelji je povprečno ocenjeno s 4,8.

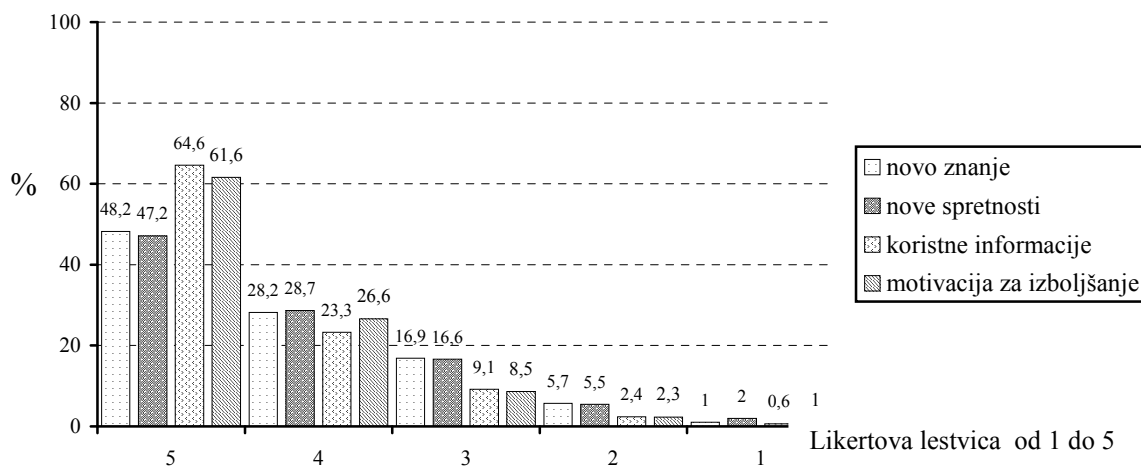
¹⁴ Likert, Rensis 1932. Likertova lestvica (ang. Likert scale) Posredna lestvica za merjenje stališč oziroma izjav, s katerimi vprašani izrazi stopnjo strinjanja ali nestrinjanja v zvezi z obravnavano zadevo.

Slika 3.8 Ocena vsebine, poteka in organizacije delavnic ter predavateljev



Iz analize odgovorov na vprašanje o tem, koliko novih znanj in spretnosti so pridobili, je ugotovljena povprečna ocena 4,1. S povprečno oceno 4,5 so bolje ocenili novo pridobljene informacije in motivacijo za spreminjanje življenjskega sloga.

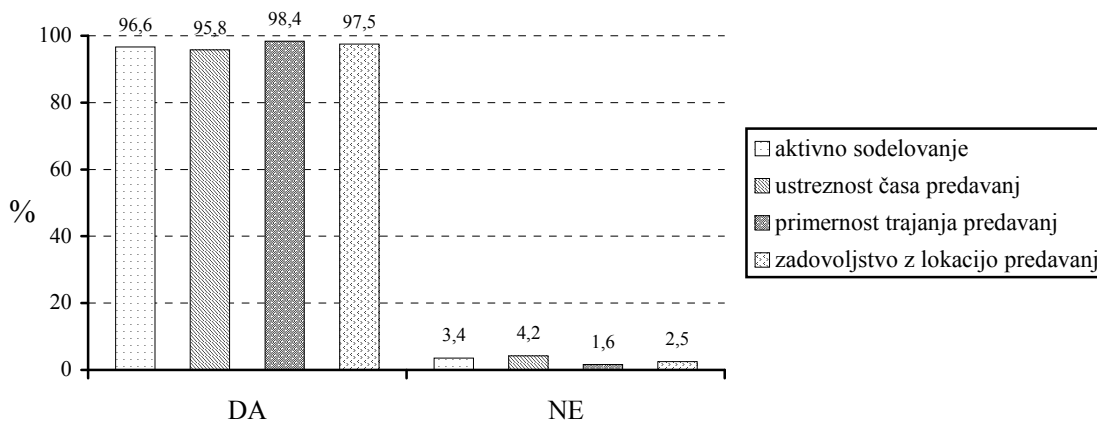
Slika 3.9 Pridobljena znanje, spretnosti, informacije in motivacija



Več kot polovica (64,6 %) je zelo prepričana o tem, da so pridobili predvsem uporabne in koristne informacije ter motivacijo za izboljšanje in opustitev manj zdravih navad.

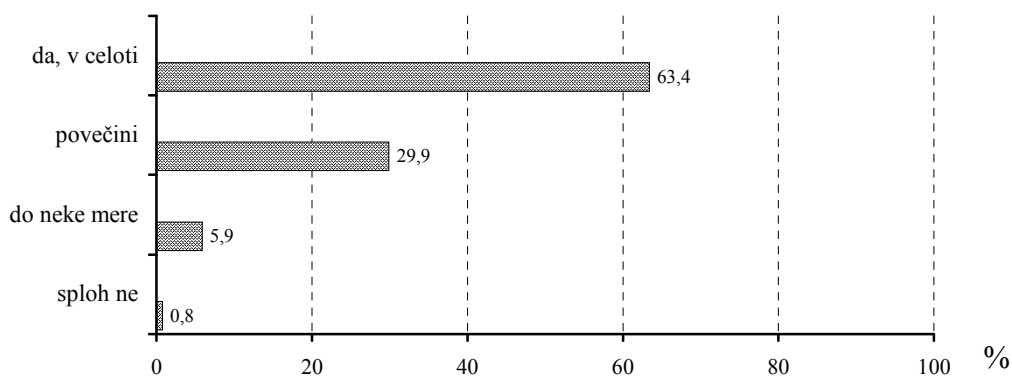
Skoraj vsi (97 %) menijo, da so imeli možnost aktivnega sodelovanja z vprašanji in izražanja, da so predavanja in delavnice organizirane v ustreznem času, primerno dolge in na ustrezni lokaciji.

Slika 3.10 Mnenje o možnosti aktivnega sodelovanja z vprašanji, izražanja, stališči; ustreznosti časa trajanja in lokacije predavanj in delavnic



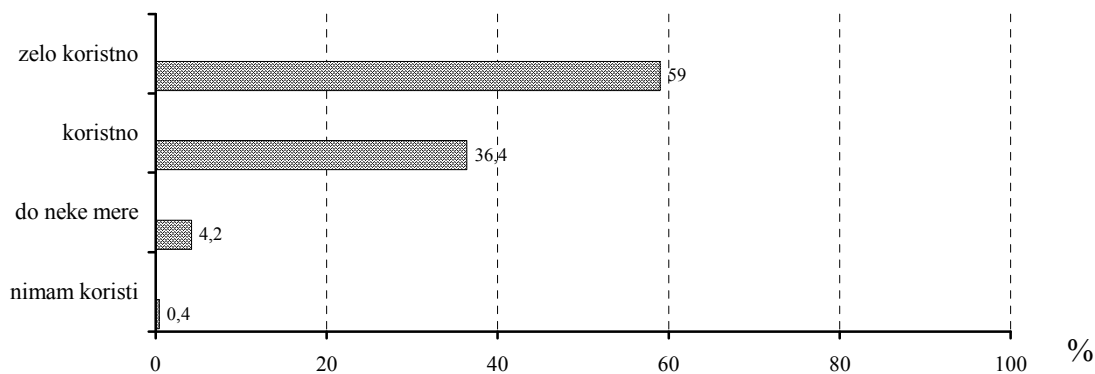
Več kot polovica anketiranih (63,4 %) ugotavlja, da so jim delavnice in predavanja v celoti izpolnila pričakovanja.

Slika 3.11 Izpolnjenost pričakovanja udeleženi glede predavanj in delavnic



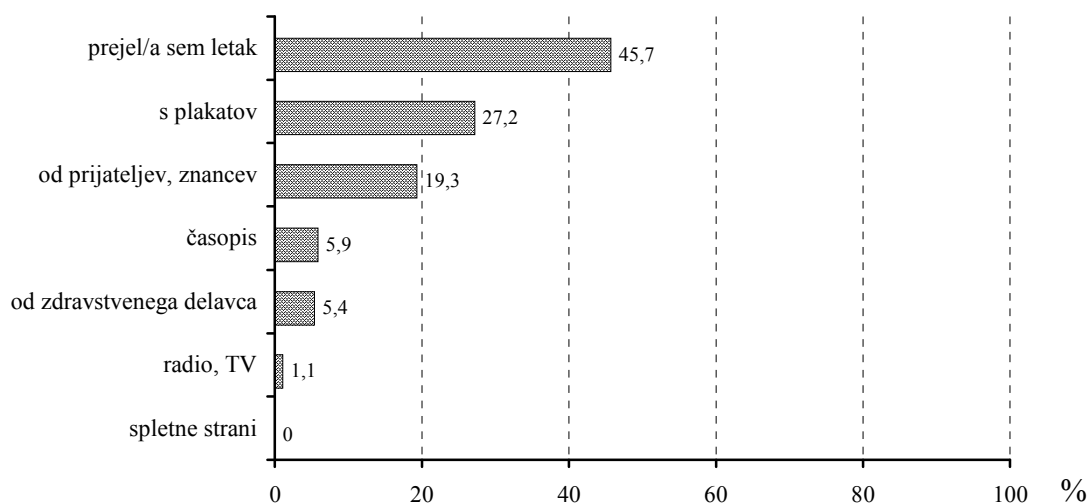
Dobra polovica (59 %) meni, da so vsebine predavanj in delavnic zelo koristne.

Slika 3.12 Koristnost predavanj in delavnic



Čeprav so bili o delavnicah in predavanjih obveščeni tako mlajši kot starejši krajani, je med udeleženci prevladala starejša ženska populacija. Večina (45,7 %) je dobila letake z vabilom, poslane na dom. Nihče ni bil obveščen o predavanjih in delavnicah na spletni strani, radiu in televiziji, čeprav smo lokalnim novinarjem redno pošiljali obvestila.

Slika 3.13 Kje in na kakšen način so udeleženci izvedeli za predavanja in delavnice



3.5.4 Sporočila, mnenja, pohvale in predlogi udeležencev predavanj in delavnic

S programom delavnic in predavanj smo dosegli zastavljene cilje:

- Pričakovanja občanov so bila pri večini v celoti izpolnjena.
- Program delavnic in predavanj je bil za večino zelo koristen.
- Informacije za pomoč pri izboljšanju manj zdravih navad so bile uporabne in koristne.
- Udeleženci so pridobili nova znanja, stališča in spretnosti za zdrav življenjski slog.
- Udeleženci menijo, da so bolj motivirani za zdrav način življenja.
- Udeleženci si želijo še več takih in podobnih delavnic, predavanj.

V prilogi 2 navajamo nekaj zanimivih sporočil, mnenj, pohval in predlogov za financiranje in izvajalce projekta, ki so nam jih v evalvacijskem vprašalniku zaupali udeleženci predavanj in delavnic. (priloga 2)

3.5.5 Ključne ugotovitve o uspešnosti izvedbe projekta "Več zdravja v občini" in odnosu anketiranih občanov do življenjskega sloga

Glede na vključenost prebivalcev na predavanjih, delavnicah, prireditvah v okviru projekta "Več zdravja v občini" lahko sklepamo, da so ženske bolj kot moški zainteresirane za pridobivanje novih znanj in izkušenj na temo zdravja. S starostjo vrednota zdravja postaja pomembnejša, saj je bila povprečna starost udeleženih 55 let, med njimi polovica upokojenih. Oblike in metode dela smo prilagodili izobrazbeni strukturi udeležencev, upoštevali njihovo predhodno znanje in izkušnje ter spodbujali aktivno sodelovanje. Ugotavljamo, da se je projekt dobro umestil v vse krajevne skupnosti in da je jesensko-zimski termin najprimernejši čas za organiziranje tovrstnega izobraževanja.

Z evalvacijo delavnic in predavanj smo ugotovili, da so bili udeleženci zelo zadovoljni z aktivnostmi v okviru projekta, pridobili so veliko koristnih, uporabnih in učinkovitih nasvetov za spreminjanje in izboljšanje življenjskega sloga.

Iz analize podatkov lahko povzamemo, da je potrebno projekt implementirati v okolja, kjer ljudje živijo in delajo. Le z večletnimi aktivnostmi in programi bomo lahko uspešno vplivali na to, da bo zdrav način življenja postal del vsakdanjega življenja celotne populacije, kar bo dolgoročno vplivalo na zmanjšanje bolezni srca in ožilja kot tudi drugih sodobnih kroničnih nenalezljivih bolezni. S projektom je nujno nadaljevati, z osveščanjem in motiviranjem moramo doseči še večje število ljudi v njihovih lokalnih skupnostih, predvsem pa poiskati načine za pritegnitev mladih in moške populacije.

4 ZAKLJUČKI

Zdravje omogoča in zagotavlja kakovostno življenje in je temeljni vir razvoja vsake družbe. Ne poznamo področja družbenega življenja, ki ne bi vplivalo na zdravje. Za zdravje je najbolj odgovoren vsak posameznik, država pa je v sodelovanju z različnimi strokami in znanostmi pristojna in odgovorna za ustvarjanje pogojev, v katerih lahko ljudje skrbijo za svoje zdravje.

Gibanje za izboljšanje zdravja se je začelo v industrijsko razvitih državah, kot svojo temeljno politiko za doseganje ciljev "Zdravje za vse" ga je sprejela tudi Svetovna zdravstvena organizacija. To je pozitiven koncept s sedmimi aktivnostmi: zdravstveno-vzgojni programi, preventivne zdravstvene usluge, delo v lokalni skupnosti, sodelovanje z vzgojno-izobraževalnimi ustanovami, zdravstvena politika, ukrepi za zdravo okolje, ekonomski in zakonski predpisi. Izboljšanje zdravja prebivalcev oziroma javnega zdravja pomeni dolgoročen proces, ki je usmerjen v izboljšanje interakcije med človekom in okoljem, kjer naj bi vsak posameznik prevzel nadzor nad seboj in okoljem, da bi izboljšal svoje zdravje in življenjski slog (Strategija Vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007-2012 2007).

Lokalne skupnosti imajo ključno vlogo pri omogočanju in spodbujanju zdravega življenjskega sloga in telesne dejavnosti za krepitev zdravja z ustreznim načrtovanjem in izgradnjo infrastrukture (ponudnikov zdravih živil in obrokov hrane, kolesarskih stez in pešpoti, športnih površin) in s spodbujanjem in financiranjem/sofinanciranjem programov spodbujanja zdravega življenjskega sloga za ohranjanje in krepitev zdravja.

Ugotavljamo, da je projekt "Več zdravja v občini" z usmeritvijo v izboljšanje zdravstvene osveščenosti in odgovornosti občanov za svoje zdravje, povečanje znanja in veščin ter spodbujanje in motiviranje za zdrav način življenja pravilno zastavljen. Pričakovanja občanov so bila pri večini v celoti izpolnjena. Program delavnic in predavanj je bil za večino zelo koristen. Udeleženci so pridobili uporabne in koristne informacije za pomoč pri izboljšanju manj zdravih navad in so motivirani za zdrav način življenja. Predavanja in delavnice so po mnenju večine vplivale na večjo zdravstveno osveščenost in skrb za lastno zdravje. S promocijo zdravja v lokalnih skupnostih je smiselno nadaljevati, z osveščanjem in motiviranjem moramo doseči še večje število ljudi, predvsem tiste ciljne skupine, ki zaenkrat še ne kažejo interesa oziroma ne čutijo potrebe za spremembo življenjskega sloga (moški in mlajši odrasli).

Za promocijo zdravega življenjskega sloga je zelo pomembno graditi partnerstva med predstavniki stroke in ključnimi ljudmi iz lokalne skupnosti, zato želimo k sodelovanju pri oblikovanju nadaljnjih aktivnosti (program predavanj, delavnic, prireditev, stojnic zdravja) pritegniti še več predstavnikov občin, nevladnih organizacij in predsednikov krajevnih skupnosti.

V Sloveniji imamo dva dokumenta, ki omogočata vključevanje in sodelovanje partnerjev iz različnih vladnih sektorjev, vključno z lokalnimi skupnostmi ter nevladnimi organizacijami: Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010 in Strategija Vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007-2012. Dokumenta vsebujeta predloge in aktivnosti ukrepov, ki smo jih tudi mi upoštevali v projektu "Več zdravja v občini".

S projektom "Več zdravja v občini" smo razširili mrežo partnerjev na področju promocije zdravja in pridobili veliko dobrih idej, izkušenj, praks, priporočil in gradiv za nadaljnje delo s ciljnim populacijami. Dobljeni rezultati iz vprašalnika Spoznajmo dejavnike tveganja za bolezni srca in ožilja potrjujejo nezdravo vedenje pri anketiranih občanah. Občani so za zdravo življenje slabo pripravljeni, primanjkuje jim samospoštovanja, bojijo se asertivnega postavljanja zase in za svoje vrednote. Za nadaljnje programe za krepitev zdravja občanov in občank je potrebno zagotoviti podporno okolje za daljše obdobje, ki bo omogočilo krajanom postopno razvijanje avtonomije in pozitivne samopodobe ter krepitev zdravega življenjskega sloga. Nadaljevati je potrebno z dobro komunikacijo med krajanami, med krajanami in ključnimi osebami v lokalni skupnosti: predstavniki zdravstva, šolstva, občinske uprave, krajevnih skupnosti, športnih društev, aktivov kmečkih žena, humanitarnih organizacij organiziranih v formalni in neformalni obliki povezovanja. Zagotoviti je potrebno dejansko povezanost in usklajenost med komplementarnimi programi v lokalni skupnosti, šoli in zdravstvu in s tem doseči največjo možno vključitev krajanov v načrtovanje in uresničevanje ciljev projekta.

Aktivnosti promocije zdravja v lokalni skupnosti je potrebno še naprej usmerjati v preprečevanje in zmanjševanje vseh najpomembnejših dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni. S trajnim izvajanjem aktivnosti promocije zdravja v vseh lokalnih skupnostih v regiji bomo veliko prispevali k:

- izboljšanju kazalcev zdravja prebivalcev,
- zmanjšanju obolevnosti, invalidnosti, prezgodnje upokojitve ter umrljivosti zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni,
- povečanju števila let življenja brez obolenj, ki povzročijo prezgodnjo umrljivost in zmanjšujejo kakovost življenja,
- zmanjšanju dejavnikov tveganja za najpogostejše kronične bolezni,
- zdravemu staranju, izboljšanju zdravstvenega stanja in zmogljivosti ter kakovosti življenja v starosti.

LITERATURA

- Andreasen, Alan R. 1995. *Marketing social change, changing behavior to promote health, social development and the environment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Demšar Pečak, Nataša. 2004. *Socialni marketing - dejavnik družbenih sprememb*. Ljubljana: Socialna pedagogika 8.
- Gabrijelčič Blenkuš, Mojca. 2003. *Ocena vplivov na zdravje, zgodovinski okvir in osnove metodologij*. Ljubljana: Zdravstveno varstvo.
- Gabrijelčič Blenkuš, Mojca in Helena Jeriček. 2006. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2006. Izbrane novosti na področju promocije zdravja in možne usmeritve v Sloveniji*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Gabrijelčič Blenkuš, Mojca, Maruša Adamič, Andreja Čampa, Matej Gregorič in Larisa Pograjc. 2005. *Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje R Slovenije.
- Hovnik Keršmanc, Marjetka, Maša Klešnik, Maja Kolšek, Andraž Kondža, Marko, Jernej Kužner Lučev, Nina Lukanovič, Nataša Maguša, Maruška Marovt in Ana Mihelič. 2005. *Promocija zdravja v lokalni skupnosti*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Jančič, Zlatko. 1999. *Celostni marketing*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Janet, Evgen. 2006. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2006. Socialni marketing in promocija zdravja*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Kerstin Petrič, Vesna. 2005. *Vloga države pri preprečevanju posledic kajenja*. Vita 50. http://www.revija-vita.com/Vita_50/Vloga_drzave_pri_preprecevanju_html (avgust 2007)
- Kotler, Philip in Andreasen Alain R. 1991. *Strategic marketing for nonprofit organizations*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Mavčec Zakotnik, Jožica. 1998. *Slovenci se nezdravo prehranjujemo, pogosto obolevamo in umiramo zaradi kroničnih bolezni Država zamuja s prehransko politiko*. Ljubljana: ISIS 3.
- Mori Lukančič, Majda. 2007. *Hrana kot svoboda posameznika, pravica in dolžnost*. http://www.revija-vita.com/Vita_58/Hrana_kot_svoboda_posameznika_html (avgust 2007)
- Poličnik, Rok. 2007. *Prehrana in telesna dejavnost v Sloveniji in Evropi – izzivi in priložnosti, Debelost kot javno-zdravstveni problem*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje R Slovenije.
- Zaletel Kragelj, Lijana. 2004. *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. 1, Značilnosti in povzetek rezultatov raziskave*. Ljubljana: CINDI Slovenija.

- Zaletel Kragelj, Lijana, Zdenka Čebašek Travnik in Marjetka Hovnik Keršmanc. 2004. *Čezmerno pitje alkoholnih pijač, Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. 2. Tvegana vedenja.* Ljubljana: CINDI Slovenija.
- Zaletel Kragelj, Lijana, Zlatko Fras in Jožica Maučec Zakotnik. 2004. *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. 3. Zdravstvena stanja.* Ljubljana: CINDI Slovenija.
- Zaletel Vrtovec, Jelka. 2007. *Debelost-sovražnik številka ena.* Vita 58. http://www.revija-vita.com/Vita_58/Debelost_sovraznik_shtevilka_ena_html (avgust 2007)

VIRI

- Evropska komisija. 2007. Bela knjiga Komisije Evropskemu parlamentu in Svetu o strategiji za Evropo, glede zdravstvenih vprašanj v zvezi s prehrano, prekomerno telesno težo in debelostjo. Bruselj. Evropska komisija.
- Register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni OE Nova Gorica. 2006. https://register.cindi-slovenija.net/poročila/nova_gorica.pdf. (maj 2007)
- Uradni list Republike Slovenije 2001 št. 67. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni
- Uradni list Republike Slovenije 2005 št. 39. Resolucijo o nacionalnem programu prehranske politike.
- Uradni list Republike Slovenije 2007 št. 60. Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov.
- Strategija Vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007-2012. Vlade Republike Slovenije: 112. redna seja, marec 2007.
- Veliki splošni leksikon. 2006. Državna založba Slovenije. Ljubljana.
- Zdravstveni statistični letopis 2006. Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica.
- Weinreich, Nedra Kline. 1992. Research in the social marketing process. <http://www.social-marketing.com/process.html>. (avgust 2007)
- WHO. 2000. Food-Based Dietary Guidelines-FBDG. CINDI Dietary Guide. WHO Regional Office for Europe: EUR/00/5018028. 2000.
- WHO. 1980. Evropska strategija zdravja za vse. Regionalni urad SZO za Evropo.
- WHO. 1984. Listina HFA o Evropi: cilj 14. Health For All: Socialne determinante zdravja-trdna dejstva. Regionalni urad SZO za Evropo.
- WHO. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion. The move towards a men public Health. Ottawa: World Health Organisation, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association.

PRILOGE

Priloga 1 Delavnice in predavanja za občane v krajevnih skupnostih

Priloga 2 Sporočila, mnenja, pohvale in predlogi udeležencev predavanj in delavnic

Priloga 3 Vprašalnik za udeležence delavnice “Spoznajmo dejavnike tveganja za bolezni srca in ožilja”

Priloga 4 Evalvacijski list za udeležence predavanja, delavnice

Delavnice in predavanja za občane v krajevnih skupnostih

Delavnice in predavanja za občane v krajevnih skupnostih občine
Miren-Kostanjevica

Vsebina delavnic, predavanj	Datum in ura	Kraj	Izvajalec
Pripravimo si zdrav in okusen obrok s kuhanjem zdravih jedi in pokušino	27.9.2006 18.00–20.00	Kulturni dom Kostanjevica na Krasu	Irena Jerič, prof.zdr.vzg. Dantes Štor, kuhar
Manj stresa – Več zdravja	6.10.2006 17.00-19.00	KS Opatje selo	Irena Jerič, prof.zdr.vzg.
Dejavniki tveganja za zdravje in anketiranje	13.10.2006 15.30-17.00	KS Opatje selo	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Damjana Sušanj, san. inž.
Individualne meritve (krvni, tlak, indeks telesne mase, delež maščob v telesu, obsega pasu) in svetovanje	17.10.2006 15.30-17.30	KS Opatje selo	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Damjana Sušanj, san. inž.
Manj stresa-več zdravja	24. 10.2006 17.00-19.00	OŠ Miren	Irena Jerič, prof. zdr. vzg.
Pripravimo si zdrav in okusen obrok s kuhanjem zdravih jedi in pokušino	25. 10. 2006 17.00 - 19.30 17. 11. 2006 18.00-20.00	Kulturni dom N. Nemca Bilje KS Lipa	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Dantes Štor, kuhar
Telesna dejavnost za zdravje s telesno vadbo	3. 11. 2006 17.00 - 19.00	Dom N. Nemca Bilje	Mateja Susič, dipl. fth.
Čezmerna telesna teža in zdravo hujšanje	7. 11. 2006 18.30-20.30	KS Temnica	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Damjana Sušanj, san.inž.
Ženske, poskrbimo za svoje zdravje! z učenjem samopregledovanja dojk	16. 11.2006 17.00-19.00	OŠ Miren	Mojca Senčar, dr. med. z ekipo Europa Donna
Določimo si indeks telesne mase in ga obvladajmo	31.1.2007 17.00-19.00	Kulturni dom N. Nemca Bilje	Irena Jerič, prof.zdr.vzg. Anja Kogoj, štud. Visoke šole za zdravstvo Izola

Priloga 1

Delavnice in predavanja za občane v krajevnih skupnostih Mestne občine
Nova Gorica in Dnevi javnega zdravja na ZZV Nova Gorica

Vsebina delavnic, predavanj	Datum	Kraj	Izvajalec
Spoznajmo dejavnike tveganja za bolezni srca in ožilja z meritvami - krvni tlak, indeks telesne mase, delež maščob v telesu, obseg pasu z anketiranjem in svetovanjem	5. 9. 2006 17.00 - 19.00	ZZV Nova Gorica	Irena Jerič, prof.zdr. vzg. Damjana Sušanj, san. inž.
Ženske, poskrbimo za svoje zdravje! z učenjem samopregledovanja dojk	13. 9. 2006 17.00 - 19.00	ZZV Nova Gorica	Mojca Senčar, dr. med. z ekipo Europa Donna
Dejavniki tveganja za zdravje in anketiranje	19. 9. 2006 13.00-15.00	Sejna soba v MO Nova Gorica	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Ingrid Markočič-Tadič, univ. dipl. soc. Pavla Černe, med.ses. Bernarda Prinčič, med.ses.
	22. 9. 2006 17.00-19.00	KS Trnovo	Irena Jerič, prof. zdr. vzg Damjana Sušanj, san. inž.
	21. 11. 2006 16.30-18.30	Kulturni dom v Braniku	
Manj stresa - več zdravja	10. 10. 2006 14.00-16.00	ZZV Nova Gorica	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Alenka Naglost, dipl. med. sestra
	10. 10. 2006 18.00-20.00	Obrtni dom v Novi Gorici	
Pripravimo si zdrav in okusen obrok s kuhanjem zdravih jedi in pokušino	16. 10. 2006 18.00-20.00	Obrtni dom v Novi Gorici	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Dantes Štor, kuhar
Sodobna prehranska priporočila za zdravo prehrano otrok in mladostnikov	26. 10. 2006 17.00 - 19.00	ZZV Nova Gorica	Irena Jerič, prof. zdr. vzg.
Individualne meritve (krvni, tlak, indeks telesne mase, delež maščob v telesu, obsega pasu) in svetovanje	22. 11. 2006 18.00-20.00	ZZV Nova Gorica	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Ingrid Markočič Tadič, univ. dipl. soc.
Telesna dejavnost za zdravje s telesno vadbo	23. 11. 2006 17.00 - 19.00	OŠ Čepovan	Mateja Susič, dipl. fth.

Vsebina delavnic, predavanj	Datum	Kraj	Izvajalec
Čezmerna telesna teža in zdravo hujšanje	23. 11. 2006 18.00-20.00	KS Rožna dolina	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Ingrid Markočič-Tadič, univ. dipl. soc.
Na kaj moramo biti pozorni pri nakupu vsakodnevnih živil? Zavarujte sebe in svoje bližnje pred gripo! Kaj lahko naredimo za svoje zdravje? Kakšna je kakovost pitne vode v regiji?	28. 11. 2006 15.00 - 17.00	Dan javnega zdravja na ZZV Nova Gorica	Jasna Koglot, univ. dipl. kem. Tatjana Frelj, dr.med., spec.epidemiolog Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Nataša Šimac, dr. med.
Ženske, poskrbimo za svoje zdravje! z učenjem samopregledovanja dojk	9. 11. 2006 17.00 - 19.00 29. 11. 2006 17.00 - 19.00	KS Trnovo Obrtni dom V Novi Gorici	prim. Mojca Senčar, dr. med. z ekipo Europa Donna prim. Mojca Senčar, dr. med. z ekipo Europa Donna Neda Bizjak, dr. med., spec. ginekolog
Uravnavanje telesne teže z zdravo prehrano in gibanjem s telesno vadbo	5. 12. 2006 18.00 - 20.00	ZZV Nova Gorica	Irena Jerič, prof.zdr. vzg. Mateja Susič, dipl. fth.
Pripravimo si zdrav in okusen obrok s kuhanjem zdravih jedi in pokušino	7. 12. 2006 17.00-19.00	KS Trnovo	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Dantes Štor, kuhar
Telesna dejavnost za zdravje	12. 12. 2006 19.00 – 21.00	OŠ Solkan	Mateja Susič, dipl. fth.
Določimo si indeks telesne mase in ga obvladajmo za člane Društva upokojencev Nova Gorica	29. 1. 2007 18.00–20.00	Bivša karavla v Solkanu	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. študenti Visoke šole za zdravstvo v Novi Gorici

Priloga 1

Delavnice in predavanja za občane v krajevnih skupnostih občine
Šempeter-Vrtojba

Vsebina delavnic, predavanj	Datum	Kraj	Izvajalec
Dejavniki tveganja za zdravje in anketiranje	3. 11. 2006 17.30-19.30	Kino dvorana Šempeter pri Gorici	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Ingrid Markočič-Tadič, univ. dipl. soc.
	13. 12. 2006 17.30-19.30	Kulturni dom Vrtojba	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Ingrid Markočič-Tadič, univ. dipl. soc.
Pripravimo si zdrav in okusen obrok s kuhanjem zdravih jedi in pokušino	10. 11. 2006 17.30-19.30	Kino dvorana Šempeter pri Gorici	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Dantes Štor, kuhar
Individualne meritve (krvni, tlak, indeks telesne mase, delež maščob v telesu, obsega pasu) in svetovanje	23. 11. 2006 17.00-19.00	Kulturni dom Vrtojba	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Ingrid Markočič-Tadič, univ. dipl. soc.
Telesna dejavnost za zdravje s telesno vadbo	7. 12. 2006 17.00 - 19.00	Kulturni dom Vrtojba	Mateja Susič, dipl. fth.
Oljčno olje v mediteranski prehrani - za člane Goriškega oljgarskega društva	8. 12. 2006 17.00- 18.00	Srednja pok. in teh. kmet.-živ. šola Šempeter	Irena Jerič, prof. zdr. vzg.
Manj stresa - Več zdravja	19. 12. 2006 17.30 - 19.30	Kino dvorana Šempeter pri Gorici	Irena Jerič, prof. zdr. vzgoje

Delavnice in predavanja za občane v krajevnih skupnostih občine Brda

Vsebina delavnic, predavanj	Datum	Kraj	Izvajalec
Delavnica Manj stresa - Več zdravja	9. 10. 2006 18.00 - 20.00	Vinska klet Goriška Brda	Irena Jerič, prof. zdr. vzg.

Delavnice in predavanja za občane v krajevnih skupnostih občine Kanal ob Soči

Vsebina, delavnic, predavanj	Datum	Kraj	Izvajalec
Spoznajmo dejavnike tveganja za bolezni srca in ožilja z individualnimi meritvami (krvni tlak, indeks telesne mase, delež maščob v telesu, obseg pasu) z anketiranjem in svetovanjem	5. 10. 2006 17.00-19.00	Bivša osnovna šola Ročinj	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Damjana Sušanj, san. inž.
Manj stresa - Več zdravja	10. 10. 2006 18.00 - 20.00	Gasilski dom Kanal	Irena Jerič, prof. zdr. vzg.
Pripravimo si zdrav in okusen obrok s kuhanjem zdravih jedi in pokušino	12. 10. 2006 16.30-18.30	Kulturni dom Deskle	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Dantes Štor, kuhar
Telesna dejavnost za zdravje s telesno vadbo	27. 10. 2006 17.00 - 19.00	Kulturni dom Deskle	Mateja Susič, dipl. fth.
Določimo si indeks telesne mase in ga obvladajmo	8. 11. 2006 17.00-19.00	Bivša osnovna šola v Ročinju	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Ingrid Markočič- Tadič, univ. dipl. soc.
Čezmerna telesna teža in zdravo hujšanje	28. 11. 2006 18.00-20.00	Gasilski dom Kanal	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Ingrid Markočič- Tadič, univ. dipl. soc.
Ženske, skrbimo za svoje zdravje z učenjem samo pregledovanja dojk na modelu	21. 11. 2006 18.00 - 20.00	Gasilski dom Kanal	Mojca Senčar, dr. med. z ekipo Europa Dona

Priloga 1

Delavnice in predavanja za občane v krajevnih skupnostih občine Bovec

Vsebina delavnic, predavanj	Datum	Kraj	Izvajalec
Spoznajmo dejavnike tveganja za bolezni srca in ožilja z individualnimi meritvami (krvni tlak, indeks telesne mase, delež maščob v telesu, obseg pasu) z anketiranjem in svetovanjem	6. 9. 2006 17.30 - 18.30	Kulturni dom Bovec	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Mira Šturm, dipl.med.ses.
Čezmerna telesna teža in zdravo hujšanje	7. 11. 2006 18.30-20.30	Gasilski dom Log pod Mangrtom	Mira Šturm, dipl.med.sestra
Individualne meritve osnovnih dejavnikov tveganja za zdravje in svetovanje	13. 9. 2006 16.30- 18.30	Osnovna šola Soča	Mira Šturm, dipl.med.sestra
Prehranjujemo se zdravo z demonstracijo priprave zdravih jedi in pokušino	18. 9. 2006 16.30- 18.30	Osnovna šola Soča	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Dantes Štor, kuhar
Telesna dejavnost za zdravje	28. 9. 2006 16.30- 18.30	Gasilski dom Log pod Mangrtom	Mateja Susič, dipl. fth.
Manj stresa - Več zdravja Ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja	10. 10. 2006 17.00 - 19.00	Hotel Alp v Bovcu	Mira Šturm, dipl.med.sestra
Ženske, skrbimo za svoje zdravje z učenjem samo pregledovanja dojk na modelu	23. 11. 2006 17.00 - 19.00	OŠ Soča	Dragica Rejec Taljat,dr. med., spec. gin., Ksenija Kragelj, dipl. med. sestra

Delavnice in predavanja za zaposlene na Srednji poklicni in tehnični kmetijsko-
živilski šoli Šempeter

Vsebina delavnic, predavanj	Datum	Izvajalec
Spoznajmo dejavnike tveganja za bolezni srca in ožilja z individualnimi meritvami (krvni tlak, indeks telesne mase, delež maščob v telesu, obseg pasu) z anketiranjem in svetovanjem	3. 10. 2006 13.00-15.00	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Ingrid Markočič-Tadič, univ. dipl.soc.
Določimo si indeks telesne mase in ga obvladajmo	23. 10. 2006 13.00 - 15.00	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Damjana Sušanj, san. inž.
Pripravimo si zdrav in okusen obrok s kuhanjem zdravih jedi in pokušino	10. 11. 2006 13.00-15.00	Irena Jerič, prof. zdr. vzg. Dantes Štor, kuhar
Telesna dejavnost za zdravje s telesno vadbo	30. 11. 2006 16.00 - 18.00	Mateja Susič, dipl. fth.
Manj stresa - Več zdravja	13. 12. 2006 13.00-15.00	Irena Jerič, prof. zdr. vzg.
Priporočila za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja pri mladostnikih	19.12.2006 13.00-15.00	Irena Jerič, prof. zdr. vzg.
Ženske, poskrbimo za svoje zdravje-z učenjem samopregledovanja dojk	18. 1. 2007 17.00 - 19.00	Mojca Senčar, dr. med. z ekipo Europa Donna

Sporočila, mnenja, pohvale in predlogi udeležencev predavanj in delavnic

Udeleženci predavanj in delavnic so v evalvacijskem vprašalniku podali pomembna in zanimiva sporočila, mnenja, pohvale in predloge za financiranje in izvajalce projekta.

- Kostanjevica na Krasu, 27.9.2006:

Bilo je dobro, kvalitetno pripravljeno predavanje. Popostritev s predstavitvijo zdravega kuhanja iz prve roke. Še ponovite.

- Opatje selo, 6.10.2006:

Podobna predavanja v zvezi z zdravim življenjem zelo zaželjena.

- Miren, 24.10.2006:

Zelo dobro. Upam, da bodo še kdaj taka predavanja. Hvala.

- Bilje, 25.10.2006:

V imenu skupine se zahvaljujem in si želimo, da take delavnice bi se večkrat ponovile.

- Lipa na Krasu, 17.11.2006:

Želim si še več takih delavnic. Potrebno bi bilo vključiti več mladih.

- Srednja poklicna in tehniška kmetijsko živilska šola Šempeter pri Gorici, 10.11.2006:

Prijetno predavanje, čeprav že sami dovolj vemo o zdravi prehrani, ker je to tudi naše področje. Všeč so mi bile meritve, ITM, etc. Za to si sam nikoli ne vzameš časa, ampak se merimo na navadni tehtnici.

Mogoče malo več uporabnih stvari. Teorijo že poznamo, zato je smiselno teorijo povezati s prakso. Več motivacijskih stavkov, besed in prijetnega vzdušja.

- Šempeter, 3.11.2006:

Večja obveščenost ljudi. Merjenje holesterola, sladkorja,...

Šempeter, 10.11.2006:

Nisem pričakovala praktične pogostitve. Teorija, podkrepljena s prakso – zelo dober pristop – lažje doma realiziraš nova spoznanja. Hvala obema predavateljema.

- Vrtojba, 23.11.2006:

Več takih predavanj.

Priloga 2

- Deskle, 27.10.2006:

Da bi bile take delavnice še kdaj.

- Ročinj, 8.11.2006:

Hvala za nova spoznanja.

- Kanal, 21.11.2006:

S predavanjem sem bila zelo zadovoljna. K takim predavanjem bi morali pritegniti veliko število ljudi vseh starosti, tudi mladih.

- Kanal, 14.12.2006:

Takih predavanj si še želimo, omogočite, da bi jih bilo čim več.

- Mestna občina Nova Gorica, 19.9.2006:

Še veliko podobnih delavnic (mogoče tudi ob kasnejši uri proti večeru!)

- Obrtni dom Nova Gorica, 10.10.2006:

Kako se pravilno učiti. Organiziranje seminarjev tudi v raznih organizacijah, kjer smo zaposleni.

- Trnovo, 9.11.2006:

Želim si še taka predavanja. Res pohvalno in spodbudno. Hvala vam, da ste nas obiskali.

- Čepovan, 23.11.2006:

Lepo prosim, da mislite na nas in nam privoščite vsaj 1 x tedensko telovadbo, saj smo že tako prikrajšani za veliko reči.

- Dan javnega zdravja ZZV Nova Gorica, 28.11.2006:

Odlične teme, odlično predstavljene, zelo zadovoljivi odgovori na vprašanja, odlična izbira dodatne literature in seveda vse lepo aranžirano.

**VPRAŠALNIK ZA UDELEŽENCE DELAVNICE
SPOZNAJMO DEJAVNIKE TVEGANJA ZA BOLEZNI SRCA IN OŽILJA**

Projekt: VEČ ZDRAVJA V OBČINI

Prosimo vas, da si vzamete nekaj minut časa in izpolnite vprašalnik.

Vprašalnik bo v pomoč pri ugotavljanju katere dejavnike življenjskega sloga lahko izboljšate.

Vaši odgovori in podatki so popolnoma anonimni!

1. Spol:

moški, ženski.

2. Starost: _____ let

3. Bivalno okolje, v katerem živite:

1. mestno, 2. primestno, 3. vaško.

4. Delo, ki ga opravljate:

- | | |
|---|----------------------|
| 1. težko telesno delo, | 5. sem gospodinja, |
| 2. lažje fizično delo, | 6. sem upokojen/a, |
| 3. pisarniško delo, storitvena dejavnost, | 7. sem študent/ka, |
| 4. intelektualno delo, | 8. sem nezaposlen/a, |
| | 9. drugo. |

5. Dosežena izobrazba (zadnja končana šola):

1. osnovna šola,
2. poklicna šola,
3. srednja šola,
4. višja/visoka.

6. Ali živite:

1. sami,
2. v družinski skupnosti,
3. v razširjeni - večji družinski skupnosti.

ZDRAVSTVENO STANJE IN SKRB ZA ZDRAVJE

7. Kako ocenjujete vaše sedanje zdravstveno stanje?

1. zelo slabo,
2. slabo,
3. srednje,
4. dobro,
5. zelo dobro.

8. Koliko krat ste v zadnjem letu obiskali zdravnika?

(splošnega ali specialista)

_____ (vpišite število obiskov)

9. Zdravnika ste obiskali zaradi?

1. zdravstvenih težav, bolezni,
2. preventivnega zdravstvenega pregleda v ambulanti splošne medicine,
3. preventivnega pregleda v ginekološkem dispanzerju,
4. drugo _____ .

10. Kaj od navedenega je pri vas ugotovil zdravnik:

- | | |
|--|---|
| 1. zvišan krvni tlak, | 9. kronično obstruktivno pljučno bolezen, |
| 2. sladkorno bolezen, | 10. bronhialno astmo, |
| 3. zvišane maščobe v krvi, | 11. razjedo, rano na želodcu, |
| 4. infarkt, | 12. jetrno cirozo, |
| 5. bolečine v prsih - angino pectoris, | 13. boleznine sklepov, |
| 6. srčno popuščanje, | 14. debelost, |
| 7. možgansko kap, | 15. osteoporozo, |
| 8. bolezni hrbtenice, | 16. nič od navedenega. |

11. Katere oblike nezdravega življenjskega sloga so prisotne pri vas?

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. nezdrava prehrana, | 5. težko fizično delo, |
| 2. kajenje, | 6. psihična obremenitev (stres), |
| 3. alkohol, | 7. nič od navedenega. |
| 4. premajhna telesna aktivnost, | |

12. Ste seznanjeni, da imate možnost preventivnega zdravstvenega pregleda v ambulanti splošne medicine?

1. DA 2. NE

13. Ste bili že povabljeni na preventivni zdravstveni pregled pri vašem osebnem zdravniku?

1. DA 2. NE

14. Ali ste se odzvali povabilu vašega osebnega zdravnika na preventivni zdravstveni pregled za bolezni srca in ožilja?

1. DA 2. NE

15. Če ste že opravili preventivni pregled, ali vam je zdravnik priporočil, udeležbo na delavnicah, kjer vam svetujejo kako lahko izboljšate vaš življenjski slog?

1. DA 2. NE

16. Katero od naštetih delavnic vam je zdravnik priporočil?

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1. Življenjski slog | 4. Telesna dejavnost in gibanje |
| 2. Dejavniki tveganja | 5. Zdravo hujšanje |
| 3. Zdrava prehrana | 6. Da, opuščam kajenje |

17. Če ste bili napoteni na delavnice, ali ste se jih udeležili?

1. DA 2. NE

22. Katero maščobo večinoma uporabljate kot namaz na kruhu?

- | | |
|-----------------------------|-----------|
| 1. navadno margarino | 4. maslo |
| 2. margarino z manj maščobe | 5. nobene |
| 3. svinjsko mast | |

23. Kakšno mleko najpogosteje pijete?

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. polnomastno mleko (3,5% maščobe in več) | 3. posneto mleko (0,5% maščobe) |
| 2. mleko z manj maščobe (1,6% maščobe in manj) | 4. ne pijem mleka |

24. Katero vrsto kruha najpogosteje jeste?

- | | |
|----------------|----------------------|
| 1. bel | 4. druge vrste kruha |
| 2. polbel, črn | 5. ne jem kruha |
| 3. polnozrnat | |

25. Ali hrano dodatno solite pri mizi?

- hrano najprej poskusim in po potrebi dosolim
- hrano brez poskušanja vedno dosolim
- nikoli ne dosolim pripravljene hrane

26. Kako pogosto uživate naslednja živila?

(prosimo, označite s križcem)

Vrsta živila	Več kot 1 krat na dan	1 krat na dan	4-6 krat na teden	1-3 krat na teden	1-3 krat na mesec	Nikoli
Mleko in mlečni izdelki						
Sveže sadje						
Zelenjava (sveža, kuhana, predelana)						
Perutnina						
Rdeče meso						
Ribe, morski sadeži						
Jajca kot samostojno jed						
Testenine, riž, krompir						
Žitne jedi, kosmiči, kaše, muesli						

5

4

3

2

1

0

27. Kako pogosto uživata naslednja živila in pijače?

(prosimo, označite s križcem)

Vrsta živila	Vsak dan	4-6 krat na teden	1-3 krat na teden	1-3 krat na mesec	Nikoli
Ocvrte jedi (ocvrto meso, pomfrit, ocvrtki)					
Sendviči, hot dog, pizza, burek					
Gotove jedi iz pločevink, juhe iz vrečk					
Mesni izdelki z veliko maščob (klobase, salame, paštete...)					
Pecivo, piškoti, čokolada, sladke rezine, bonboni					
Aromatizirane gazirane in negazirane brezalkoholne pijače (kola, ledeni čaj, sadni nektar)					

4 3 2 1 0

28. Ali vam je katera od spodaj navedenih oseb svetovala, da iz zdravstvenih razlogov spremenite način prehranjevanja?

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1. zdravnik | 4. prijatelj |
| 2. drugi zdravstveni delavec | 5. sam/a sem se odločil/a |
| 3. družinski član, sorodnik | 6. nihče |

29. Če ste spremenili prehranske navade, kako ste jih?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. jem manj mastno hrano | 5. jem manj sladice, slaščic, čokolade |
| 2. uporabljam drugo vrsto maščobe | 6. sem na shujševalni dieti |
| 3. jem več zelenjave in sadja | 7. jem več manjših obrokov |
| 4. jem manj slano hrano | 8. nisem spremenil/a navad |

TELESNA TEŽA IN GIBANJE

30. Kakšen je vaš odnos do vaše telesne teže?

1. zadovoljen sem s svojo telesno težo
2. rad/a bi jo znižal/a
3. rad/a bi jo pridobil/a
4. vseeno mi je

31. Telesna višina.....cm, telesna teža.....kg.

32. Ali ste seznanjeni, da primernost telesne teže ugotavljamo z indeksom telesne teže?

1. DA
2. NE

33. Morda veste koliko znaša indeks telesne teže pri normalni hranjenosti?

1. manj kot 20
2. 20 – 25
3. 25 – 29
4. 30 in več
5. ne vem

34. Ali vam je kdo od spodaj naštetih oseb svetoval, da zaradi zdravstvenih razlogov poskrbite za primerno telesno težo?

1. zdravnik
2. drugi zdravstveni delavec
3. družinski član, sorodnik
4. prijatelj
5. sam/a sem se odločil/a
6. nihče

35. Pri katerih opravilih se največ gibate?

1. gibanje pri domačih opravilih za dom, hišo, kmetijo, popoldanskem delu,
2. gibanje na delovnem mestu ali v šoli,
3. pri študiju,
4. gibanje na poti na delovno mesto in z njega,
5. rekreativno gibanje v prostem času.

36. Kadar se gibate ocenjujete to kot?

1. hud telesni napor
2. zmeren telesni napor-rahla zadihanost, prepotenost
3. manjši telesni napor- počasna hoja, sprehod

37. Ali veste, kolikšna je priporočena gibalna aktivnost za ohranjanje in krepitev zmogljivosti srca in ožilja?

1. vsak dan po ½ ure
2. 3-4 krat na teden po ½ ure
3. ne vem

38. Kolikokrat ste telesno aktivni vsaj 30 minut tako, da se zadihate in oznojite?

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| 1. več kot 5-krat na teden | 4. 1-krat tedensko |
| 2. 3-5-krat tedenski | 5. redko |
| 3. 3. 1-3-krat tedensko | 6. nikoli |

39. Ali si želite povečati vašo telesno dejavnost, vključiti več gibanja v vaš vsakdan?

1. DA
2. NE

40. Ali vam je kdo od spodaj naštetih oseb svetoval, da se v prostem času gibajte več?

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1. zdravnik | 4. prijatelj |
| 2. drugi zdravstveni delavec | 5. sam/a sem se odločil/a |
| 3. družinski član, sorodnik | 6. nihče |

41. Ali ste v zadnjem letu povečali telesno dejavnost v prostem času?

1. DA
2. NE

KAJENJE

42. Ali kadite?

1. ne kadim in nisem nikoli kadil/a
2. sedaj ne kadim, a prej sem kadil/a
3. sedaj kadim

43. Ali vas skrbijo škodljive posledice kajenja za vaše zdravje oz. vdihovanje tobačnega dima tudi, če ste nekadilec?

1. zelo sem zaskrbljen/a
2. nekoliko sem zaskrbljen/a
3. nisem pretirano zaskrbljen/a
4. sploh nisem zaskrbljen/a

44. Ali vam je v zadnjem letu katera od naštetih oseb svetovala, da opustite kajenje?

1. zdravnik
2. drug zdravstveni delavec
3. družinski član, sorodnik
4. prijatelj
5. drugi
6. nihče

45. Če ste kadilec, ali bi radi opustili kajenje?

1. DA
2. NE

46. Ali katerikoli član vaše družine kadi v bivalnih/skupnih prostorih?

1. NE, nihče ne kadi v skupnih prostorih
2. DA

47. Koliko ur na dan preživite v okolju, kjer nekdo kadi (doma, na delovnem mestu)?

1. več kot 5 ur na dan
2. manj kot 1 uro na dan
3. skoraj nikoli nisem izpostavljen/a tobačnemu dimu
2. 1 do 5 ur na dan

ALKOHOL

48. Kako pogosto ste v zadnjem letu pili alkoholne pijače?

1. vsak dan
2. 3-6 krat na teden
3. 1-2 krat na teden
4. 2-3 krat na mesec
5. 1 krat na mesec
6. nekajkrat na leto
7. nikoli

49. Kaj najpogosteje izberete, kadar pijete alkoholno pijačo?

1. vino
2. pivo
3. žgane pijače čiste ali v kombinaciji
4. ne pijem alkoholnih pijač

50. Še dopustna količina alkohola na dan je, če oseba popije

ŽENSKE: 10 g čistega alkohola na dan	10 g čistega alkohola (1 merica) = 2,5 dl piva 1 dl vina 0,3 dl žgane pijače
MOŠKI: 20 g čistega alkohola na dan	Količina za moške je 2 krat večja kot za ženske!

Koliko dni v tednu popijete še dopustno količino alkohola?

0 1 2 3 4 5 6 7 dni

51. Kako pogosto ste v zadnjem letu ob eni priložnosti popili večjo količino alkoholnih pijač – moški 6 meric ali več, ženske 4 merice ali več ?

(1 merica je: 1 dl vina ali 2,5 l piva ali 0,3 dl žgane pijače)

1. vsak dan
2. 2-3 krat na teden
3. 1 krat na teden
4. 2-3 krat na mesec
5. nekajkrat na leto
6. nikoli

52. Ali želite zmanjšati pitje alkohola?

1. DA
2. NE

53. Ali vam je v zadnjem letu kdo od spodaj naštetih oseb svetoval, da spremenite navade pitja alkoholnih pijač?

- | | |
|-----------------------------|--------------|
| 1. zdravnik | 4. prijatelj |
| 2. drug zdravstveni delavec | 5. nihče |
| 3. družinski član, sorodnik | |

54. Ali ste v zadnjem letu spremenili navade pitja alkohola?

1. DA 2. NE

55. Če ste spremenili navade pitja alkohola, kako ste jih spremenili?

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. preneha/a sem piti alkoholne pijače | 3. pijem več alkoholnih pijač |
| 2. pijem manj alkoholnih pijač | 4. nisem spremenil/a navad |

56. Kaj od naštetega bi najlažje naredili, da bi izboljšali vaš življenjski slog?

- | | |
|--|---|
| 1. povečal/a bi telesno dejavnost, skrbel/a za redno rekreacijo | 6. izbiral/a bi hrano pripravljeno na bolj zdrav način |
| 2. zmanjšal/a bi uživanje hrane, ki vsebuje veliko maščob in kalorij | 7. prenehal/a bi po malem jesti med obroki ali zvečer |
| 3. vsak dan bi zaužil/a glavne obroke (zajtrk, kosilo, večerjo) | 8. zmanjšal/a bi pitje alkoholnih pijač |
| 4. pogosteje bi užival/a svežo zelenjavo in sadje | 9. prenehal/a bi kaditi |
| 5. zmanjšal/a bi obilne obroke popoldan in zvečer | 10. poskrbel/a bi za sprostitev in zmanjšanje psihičnih obremenitev |
| | 11. drugo:..... |
| | 12. nič |

Za sodelovanje se vam najlepše zahvaljujemo.

Lep pozdrav in veliko zdravja vam želimo!

Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica
Oddelek za socialno medicino - Enota za promocijo zdravja

Projekt Več zdravja v občini sofinancirajo občine:

Brda, Bovec, Kanal ob Soči, Miren-Kostanjevica, MO Nova Gorica, Šempeter-Vrtojba

EVALVACIJSKI LIST ZA UDELEŽENCE PREDAVANJA, DELAVNICE

Prosimo vas, da si vzamete nekaj minut časa in ocenite današnje predavanje in delavnico. Vaša ocena nam bo v pomoč, pri pripravi in izvedbi naslednjih predavanj. Veseli bomo vsakega vašega dodatnega mnenja in predloga.

Vaši odgovori in podatki so popolnoma anonimni.

1. Prosimo, da ocenite, koliko ste bili zadovoljni z: (obkrožite)

	zelo zadovoljni				nezadovoljni
a) vsebino,	5	4	3	2	1
b) potekom, organizacijo,	5	4	3	2	1
c) predavateljem.	5	4	3	2	1

2. V kolikšni meri ste na predavanju in delavnici pridobili (obkrožite)

	zelo veliko				nič
a) novo znanje,	5	4	3	2	1
b) nove spretnosti,	5	4	3	2	1
c) uporabne informacije, ki mi bodo koristile,	5	4	3	2	1
d) motivacijo za izboljšanje manj zdravih navad.	5	4	3	2	1

3. Prosimo za vaše mnenje (obkrožite)

a) Imel sem možnost aktivnega sodelovanja z vprašanji, stališči.	DA	NE
b) Predavanje je bilo organizirano ob ustreznem času.	DA	NE
c) Trajanje predavanja je bilo primerno.	DA	NE
d) Zadovoljen/a sem bil z lokacijo predavanja.	DA	NE

4. Ali so bila vaša pričakovanja glede predavanja in delavnice izpolnjena? (obkrožite)

da, v celoti povečini do neke mere sploh ne

5. Se vam je zdelo predavanje z delavnico koristno za vas? (obkrožite)

zelo koristno koristno do neke mere nimam koristi

6. Kako ste izvedeli za predavanje: (obkrožite)

- a) od prijateljev, znancev
- b) s plakatov
- c) prejel-a sem letak
- d) od zdravstvenega delavca
- e) slišal-a sem na radiu, tv
- f) iz časnika
- g) preko spletnih strani

7. Vaše mnenje ali sporočilo izvajalcu predavanja, delavnice. Kaj bi pohvalili in kaj bi pogrjali na predavanju, delavnici? Vaši predlogi za naslednje delavnice?

Hvala za vaše sodelovanje in veliko uspeha pri ohranjanju zdravega življenjskega sloga!

Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica
Oddelek za socialno medicino - Enota za promocijo zdravja

Projekt Več zdravja v občini sofinancirajo občine:

Brda, Bovec, Kanal ob Soči, Miren-Kostanjevica, MO Nova Gorica, Šempeter-Vrtojba