

# Südame- ja veresoonkonnahaiguste riskiga patsientide eluviis ning tervisedendus esmatasandil

Marike Eksin<sup>1</sup>, Diana Ingerainen<sup>1</sup>, Ene Lausvee<sup>2</sup>

**Eesmärk.** Selgitada südame-veresoonkonnahaiguste (SVH) suure riskiga (SCORE  $\geq$  5%) patsientide informeeritust neil esinevatest riskiteguritest ja nende seostest eluviisi ja toitumisega ning rakendatud meetmeid eluviisi tervislikumaks muutmiseks.

**Uurimismaterjal ja -meetodid.** Korraldati registreeritud suurenenud SVH-riskiga inimeste ankeetküsitlus, millele vastas 63 isikut (27 meest, 36 naist) vanuses 40–60 aastat.

**Tulemused.** 84% küsitletutest oli teadlik oma terviseriskist ja 89% eluviisi osast selle kujunemisel. 52% vastanutest hindas oma eluviisi pigem tervislikuks ning 57% oli SVH ennetusprojektis osalemise järel oma eluviisi muutnud, eelkõige oli korrigeeritud toiduvalikut ja seda olid teinud sagedamini naised; kehalist aktiivsust suurendasid pooled küsitletutest. Tervist edendavat teavet oli pereõe vastuvõtul saanud 45% uuritutest. Kõrgema haridustasemega patsiendid olid subjektiivselt parema tervisega ning rakensid pereõe soovitusi enam kui madalama haridustasemega vastanud.

Patsiendid soovivad perearstilt ja -õelt rohkem infot oma tervise kohta, sh regulaarset uuringutele suunamist ja eluviisinõustamist; rohkem patsiendikeskset lähenemist eluviisi muutuste elluviimisel ja empaatilist suhtlemist.

Südame-veresoonkonnahaigused (SVH) on peamine surmapõhjus enamikus maailma riikides. Eestis on SVH varajase (isikutel alla 65 eluaasta) töövoime kaotuse ja surma peamine põhjus.

Enne 65. eluaastat sureb Eestis vähemalt 250 meest ja 80 naist 100 000 inimese kohta aastas. Samas saab paljusid SVH riskitegureid edukalt mõjustada, muutes eluviisi ja toitumisharjumusi, samuti õigel ajal ravides (1).

SVH ennetustöös on oluline roll esmatasandi tervishoiupersonalil, et selgitada haigetele SVH-riskide olemust ja nende vältimist (2–7). Määrav osa selles tegevuses on pereõel (8–10).

Järveotsa perearstikeskuses on SVH ennetusega tegeletud alates 2005. aastast. Sihtrühmaks on 30–60aastased isikud, kel ei ole diagnoositud südame-veresoonkonnahaigusi ega diabeeti. SVH-riskiga patsiendid selgitati välja, kasutades koronaarriski hindamise ehk SCORE (*systematic coronary evaluation system*) tabeleid, määrates neil

fataalsesse SVHsse haigestumise üldise riski protsentides, võttes arvesse vanuse, soo, süstoolse vererõhu ja üldkolesterooli väärtused ning suitsetamise. SCORE aste 5% ja enam osutab SVH suurenenud riskile (1).

Rahvusvaheline Õdede Liit on määratlenud pereõde kui võtmeisikut elanikkonna tervise edendamisel, haiguste ennetamisel, haigete igapäevase toimetuleku eest hoolitsemisel ja taastumist toetava abi osutamisel. Õde propageerib tervislikku eluviisi, nõustab sel alal patsienti ning aitab toime tulla krooniliste haigustega (11, 12).

Viimastel aastatel on tähelepanu pööratud pereõe kasvavale rollile krooniliste haiguste (nt hüpertoonia, diabeet) käsitlemisel, sh spetsialiseerumisvajadusele, tähelepanu pööramisele esmasele preventsoonile (8, 9). Aina enam on rõhutatud pereõe iseseisva vastuvõtu olulisust ka Eestis. Tegevusvaldkonna reguleerimiseks kinnitati 2008. aastal pereõde tegevusjuhend (13, 14).

Uurimuse **eesmärk** oli välja selgitada südame- ja veresoonkonnahaiguste (SVH)

Eesti Arst 2012; 91(2):69–75

Saabunud toimetusse 16.08.2011  
Avaldamiseks vastu võetud: 02.01.2012  
Avaldatud internetis 29.02.2012

<sup>1</sup> OÜ Järveotsa Perearstikeskus, <sup>2</sup> Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö instituut

Korrespondeeriv autor: Ene Lausvee lausvee@tlu.ee

Võtmesõnad: tervisedendus, pereõde, südame- ja veresoonkonnahaigused, riskitegur

suurema riskiga rühma kuuluvate patsientide informeeritust neil esinevatest SVH riskiteguritest, nende seosest eluviisi ja toitumisega ning rakendatud meetmeid oma eluviisi tervislikumaks muutmiseks.

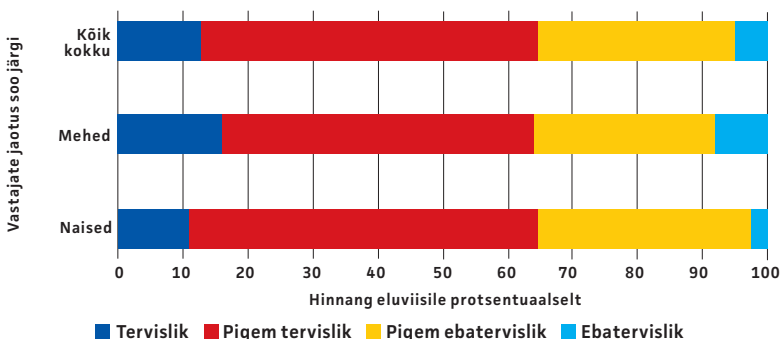
## UURIMISMATERJAL JA -MEETOD

Uurimus põhineb ankeetküsitlusel, mis korraldati kevadest sügiseni 2010. Uuritavate üldkogumi moodustasid Järveotsa perearstikeskuse SVH ennetusprojekti kuuluvad patsiendid, kel aastatel 2008–2010 SCORE riskitabeli järgi on risk haigestuda fataalsesse SVHsse 5% või enam.

Ankeedi koostamisel lähtuti SVH ennetamise strateegiast ja preventsiiooni juhistest (4, 10). Ankeet koosnes 29 valikvastustega küsimusest, mis jaotusid nelja kategooriasse: 1) uuritavate taust ja täpsustavad küsimused selle kohta, kas patsient on teadlik temal avastatud tervisenäitajate kõrvalekalletest ning kas ja kuidas on ta oma eluviisi muutnud; 2) uuritavate hinnang sellele, kas nad on teadlikud SVH riskitegurite seostest eluviisiga; 3) uuritavate hinnang oma eluviisi ja tervist mõjutavate tegurite kohta (toitumine, füüsiline koormus, alkoholi tarvitamine ja suitsetamine); 4) pereõe/-arsti osa tervisliku eluviisi nõustamisel (kellelt on kõige enam saadud infot eluviisi tervislikumaks muutmiseks; kas pereõe vastuvõtul on saadud tervist edendavat infot piisavalt ja kas saadud soovitusel on aidanud muuta eluviisi tervislikumaks).

Lisaks sisaldas ankeet 2 avatud vastusega küsimust: 1) missugust tervisenõu ootate pereõelt edaspidi ja 2) kui Teil tekkis mõtteid, mida sooviksite lisada, siis kirjutage siia.

Kokku jaotati laiali 110 ankeeti, tagasi saadi 64, neist üks puudulikult täidetud; seega analüüsiti 63 ankeeti, mille täitsid 27 meest ja 36 naist vanuses 40–60 a. Posti



Joonis 1. Uuritute hinnang oma eluviisile (%).

teel tagastati 34% ja elektrooniliselt 66% ankeetidest.

Vanuses 40–50 eluaastat oli 33 ja vanuses 50–60 eluaastat 30 vastanut. 50 küsitletut olid rahvuselt eestlased, 11 venelased ja 2 muu rahvuse esindajad. 32 vastanut oli kõrgharidusega, 19 kesk-eri- ja 11 keskharidusega; põhiharidusega oli 1 isik.

Arvandmete analüüsil kasutati statistika-programmi SPSS 17.0 for Windows ja programmi Excel 2000. Tunnustevahelisi seoseid hinnati Spearmani korrelatsioonikordaja ( $r$ ) järgi usaldusnivool  $p < 0,05$ . Hinnati ka keskväärtuste (üldkogumi) usaldusintervalle (15). Avatud küsimuste analüüsimisel kasutati teemadeks jaotamist (16).

Järgides uurimuse eetilist aspekti, mida tutvustati uuritavatele ka ankeedi sissejuhatavas osas, tagati vastajate konfidentsiaalsus – isikuandmeid andmete analüüsimisel ei kasutatud. Uuringu tegemiseks oli olemas perearstikeskuse juhatuse luba.

## TULEMUSED

Anketeeritud patsientidest nõustus 87% väitega, et haigestumine südame- ja veresoonekonnahaigustesse on Eestis suur terviseprobleem, ning 89% sellega, et haigestumisel südame- ja veresoonekonnahaigustesse on seos inimese eluviisiiga.

## SVH riskitegurid

Uuritavad pidasid olulisemateks järgmisi riskitegureid: ebatervislikku toitumist 71%, stressi 65%, vähest liikumisaktiivsust 64% ning ülekaalu 60%. Vähem olulisteks peeti järgmist: normist kõrgemaid vereliipidiväärtusi 56%, kõrgeenenud vererõhku 52% ning suitsetamist 49% vastanutest. Statistilised erinevused naiste ja meeste hinnangutes SVH riskiteguritele ilmnesid suurenenud lipiidiväärtuste (vastavalt 66% vs 41%), ( $r = 0,087$ ,  $p < 0,05$ ); kõrgeenenud vereõhu (64% vs 37%), ( $r = 0,148$ ,  $p < 0,05$ ); suitsetamise (49% vs 37%) ( $r = 0,083$ ,  $p < 0,05$ ) tähenduse hindamises. Naised nimetasid erinevaid SVH riskitegureid oluliselt rohkem kui mehed. 84% uuritutest olid teadlikud oma tervisenäitajate kõrvalekalletest normist ning 57% olid pärast nendest teadaaamist oma tervisekäitumist muutnud.

## Tervisekäitumine, eluviis

Küsitletute hinnang oma eluviisile viimase 12–24 kuu jooksul nähtub jooniselt 1. Uuritute haridustase ja hinnangud oma eluviisi

tervislikkusele on korrelatsioonis ( $r = 0,088$ ,  $p < 0,05$ ): kõrgema haridustasemega vastajad andsid oma eluviisi tervislikkusele parema hinnangu. Keskväärtuse usaldusintervall: haridustase = 3,59 (3,27–3,90); hinnang eluviisile = 2,16 (1,97–2,34).

### Toitumisharjumused

Patsientidel paluti hinnata oma toitumisharjumusi eraldi kategooriate kaupa. 5 portsjonit köögivilju, puuvilju ja marju päevas tarbis 68% vastanutest, 74% eelistas tarvitada rukkileiba ja täisteratooteid; väherasvast piima- ja piimatooteid tarbis vaid 31% vastanutest; lahjat tailiha, nahata linnuliha eelistas 65% vastajatest; toiduõli kasutas 37% uuritutest; 2–3 korda nädalas tarbis kala vaid 32% respondentidest; keedusoola kasutamist kuni 5 g-ni päevas piiras kõigest 26% küsitletutest; samapalju patsiente eelistas suhkruta täismahla. Vaid 21% küsitletutest eelistas toidu valmistamisel Pan-soola. Valmistoidu rasva- ja soolasisaldust jälgis 48% uuritutest harva või juhuslikult; sageli või enamasti tegi seda 35% vastanuist. Toidu valmistamisel hautamist, keetmist või aurutamist eelistas 37% vastanutest. Köögi- ja puuvilju ning marju tarvitasid sagedamini naised ( $r = 0,363$ ;  $p < 0,05$ ).

### Suitsetamine

Küsitletutest 21 olid suitsetajad, seejuures staažiga 10–15 aastat; suitsetamisest oli loobunud 5 patsienti. Küsimusele, kas olete mõelnud suitsetamisest loobumisele, kuna see on kahjulik Teie tervisele, vastas 11 patsienti jaatavalt ning 2 eitavalt. Küsimusele, kas sooviksite loobuda suitsetamisest, vastas 8 patsienti jaatavalt ning 3 eitavalt. Suitsetamisest loobumise soovitus infoallikana nimetati 8 korral meediat, võrdset 2 patsienti nimetas eriarsti ja perearsti, pereõde nimetas vaid 1 vastanu.

### Alkoholi tarvitamine

Tabelist 1 nähtub, et iga päev tarvitas lahjat alkoholi 3 küsitletut. 1–4 korda nädalas jõi kanget alkoholi 6 ja lahjat 16 patsienti ning 2–3 korda kuus vastavalt 10 ja 18 isikut.

Tervise hoidmise seisukohalt ei tohiks mehed juua rohkem kui 4 alkoholiühikut päevas ja naised 2 ühikut; alkoholiühik tähendab näiteks 300 ml õlut või 1 klaasi veini või pitsi kangemat alkoholi (10). Alati jälgis seda vaid 11 ning enamasti 15 uuritut

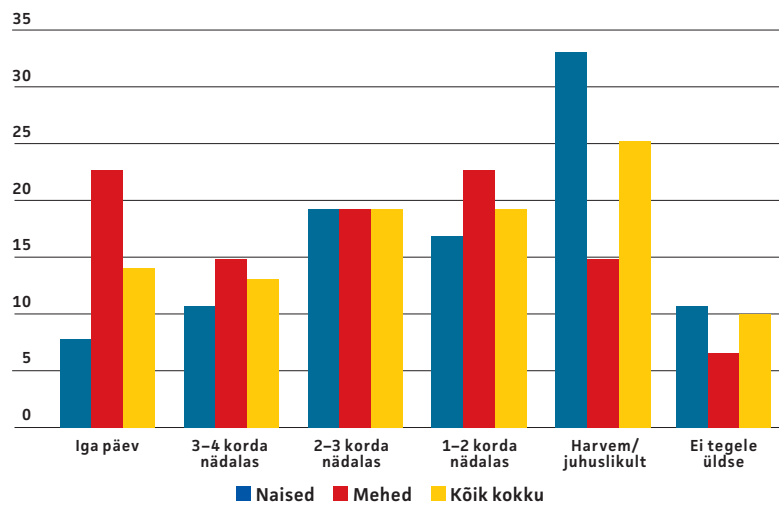
**Tabel 1.** Uuritute jaotus alkoholitarbimise sageduse järgi

Alkoholi tarbimine	Naised	Mehed	Kokku	
	n = 36	n = 27	n = 63	%
<b>Kange alkoholi tarbimise sagedus</b>				
iga päev	0	0	0	0
3–4 korda nädalas	0	3	3	5
1–2 korda nädalas	1	2	3	5
2–3 korda kuus	6	4	10	16
1 kord kuus	0	6	6	10
mõned korrad aastas	25	9	34	54
üldse mitte	4	3	7	11
<b>Lahja alkoholi tarbimise sagedus</b>				
iga päev	1	2	3	5
3–4 korda nädalas	0	4	4	6
1–2 korda nädalas	6	6	12	19
2–3 korda kuus	11	7	18	29
1 kord kuus	3	0	3	5
mõned korrad aastas	13	5	18	29
üldse mitte	2	3	5	8

(enam naised). 27 patsienti (43%) ei järginud alkoholi tarvitamisel soovituslikke piiranguid; „ei oska öelda“ vastas 5 küsitletut.

### Kehaline aktiivsus

Füüsilise treeninguga vähemalt 30 min jooksul tegeles iga päev 9 patsienti; 3–4 korda nädalas 8; 2–3 korda ja 1–2 korda nädalas võrdset 12 uuritut. 16 vastanut (25%) tegeles treeninguga harvem või juhuslikult – sagedamini naised ( $r = -0,357$ ,  $p < 0,05$ ). Treeninguga ei tegele üldse 6 vastanut (vt joonis 2).



**Joonis 2.** Füüsilise treeninguga tegelemine (%).

Küsimusele, kas teie kodukohas on loodud piisavalt võimalusi tervist edendava treeninguga tegeleda, vastas 34 uuritut (54%) jaatavalt. 10 vastanu arvates olid võimalused tervisetreeninguga tegelemiseks mittepiisavad ning 11 vastanu kodukohas need võimalused puudusid.

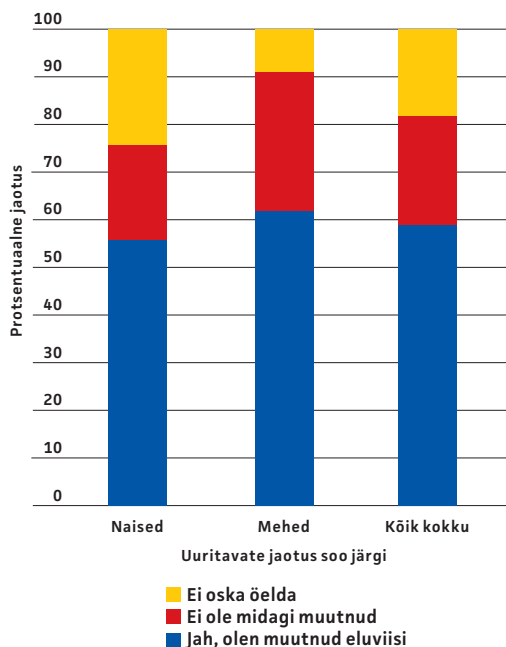
## Eluviisi muutmine

Viimase 12–24 kuu jooksul oli 35 patsienti (57%) pärast SVH-riskist teadasaamist oma eluviisi muutnud, seda ei olnud teinud 14 uuritut ning 11 isikut vastas küsimusele „ei oska öelda“ (vt joonis 3). Eluviisis ei teinud muutusi sagedamini mehed (29% vs 19%). Enim muudeti toidumenüüd: 43 küsitletut (68%) (naised vs mehed 83% ja 54%;  $r = 0,184, p < 0,05$ ). Samuti suurendati kehalist aktiivsust: 36 isikut (51%).

Liigset kehakaalu oli langetanud 10 uuritut, suitsetamisest oli loobunud 5 ja päevas suitsetavate sigarettide arvu oli vähendanud 4 vastanut. Võrreldes naistega ei olnud tervisekäitumise muutustega alustanud sagedamini mehed (29% vs 19%).

## Eluviisi muutmist takistavate tegurid

Eluviisi muutmist takistavate asjaoludena nimetati kõige enam laiskust või mugavust ning ajapuudust (võrdselt 10 juhul). 8 uuritut pidas takistavaks teguriks vähest



Joonis 3. Uuritute eluviisi muutused pärast SVH ennetusprojekti osalemist (%).

tahtejõudu, 7 juhul nimetati rahanappust ja lähedaste eest hoolitsemise vajadust, harvem märgiti suurt töökoormust, kaaslaste/toetaja puudumist, väsimust või jõuetust, väheseid terviseteadmisi ja kõrvalise abi vajadust.

## Pereõe või -arsti roll eluviisi nõustamisel

Küsimusele, kas pereõe vastuvõtul on saadud terviseinfot piisavalt, vastas 27 uuritut jah, enamasti jah või alati ning 8 vahetevahel. Enamasti mitte või mitte kunagi ei ole saanud terviseinfot vastavalt 3 ja 8 küsitletut.

Küsimusele, kas pereõelt saadud tervise teave on aidanud muuta elustiili tervislikumaks, vastas jaatavalt 20 patsienti, ei osanud öelda 22 ning eitavalt vastas 2. Infot ei olnud saanud 15 uuritut, vastamata jättis 4 isikut.

## Terviseinfo saamise allikad

Teavet eluviisi muutuste vajaduse kohta oli pereõelt ja perearstilt saanud võrdselt 10 uuritut ning eriarstilt 9. Teiste teabeallikatena nimetati televisiooni (6 juhul), internetti (7 korral), ajakirju (5 juhul). Tervise teabe kohta ei olnud saanud infot 8 patsienti, 4 inimest vastas „ei oska öelda“. Korrelatsioonianalüüs näitas, et kõrgema haridustasemega uuritud on oma terviseriskidest teadlikumad ning rakendanud pereõelt/-arstilt saadud elustiilisoovitusi rohkem kui madalama haridustasemega patsiendid ( $r = -0,077, p < 0,05$ ); keskväertuste usaldusintervall: haridus = 2,62 (2,32–2,92) ja nõustamine = 2,48 (2,00–2,96). Selgus, et noorema vanuserühma (40–50 a) patsiendid rakendasid pereõelt või -arstilt saadud tervisekäitumisteavet sagedamini kui vanemad (50–60 a) ( $r = -0,93, p < 0,05$ ); keskväertuste usaldusintervall: uuritavate vanus = 1,53 (1,40–1,66) ja pereõe nõustamine = 2,77 (2,42–3,12).

## Avatud küsimuste analüüs

Patsientidelt küsiti, missugust tervisenõu ootavad nad pereõelt edaspidi, ning paluti lisada mõtteid, mis neil on tekkinud seoses ankeetküsimustiku täitmisega.

Vastuste teemadeks jagamisel selgus kuus kategooriat:

1. Üldine tervist puudutav teave. Patsiendid soovivad senisest enam infot a)

ravimite ja toidulisandite kohta; b) haiguste kohta, mis kaasnevad ealiste muutusega; c) erinevate haiguste puhuste toitumissoovituste kohta; d) uusimate ravivõimaluste kohta meditsiinis.

**2. Analüüside tegemine, terviseuuringutele suunamine.** Soovitakse senisest enam analüüside tegemist tervishoiutöötaja initsiatiivil; infot vajalike uuringute kohta; riskirühma kuuludes tervisekontrolli teatud aja järel; pärast analüüside või terviseuuringute tegemist nõustamist ning leitud näitude võrdlemist varasematega; tervise seisundi jälgimise võimaluste tutvustamist kodustes tingimustes.

**3. Patsiendikeskne suhtumine.** Tervishoiutöötajatelt oodatakse empaatiavõimet ja professionaalset suhtumist.

**4. Info eluviisi, tervisekäitumise kohta.** Soovitakse kõige rohkem toitumisteavet.

**5. Individuaalne lähenemine.** Tahetakse tervisekäitumise muutuste soovitamist (individuaalne toitumisplaan, treeningkava).

**6. Üldine arvamus.** Uuritutel oli hea meel, et sellekohaseid küsitlusuuringuid tehakse, kuna see suurendab huvi tervise vastu ja vastutust oma tervise eest.

## ARUTELU

SVH puhul on peamisteks käitumuslikeks riskideks vähene liikumisaktiivsus, ebatervislikud toitumisharjumused ja suitsetamine (4). Uuritud seostasid SVHd eluviisiga, pidades peamisteks riskiteguriteks ebatervislikku toitumist, stressi, vähest liikumisaktiivsust ja ülekaalu (71–60%). Vähem oluliseks peeti normist suuremaid lipiidiväärtusi ja vererõhku ning suitsetamist (56–49%). Seega on senisest rohkem vaja teha selgitustööd bioloogiliste riskitegurite ja suitsetamise tähenduse kohta tervisele.

84% uuritutest olid teadlikud, et SVH ennetusprojekti raames avastati neil SVH suurenenud risk ning üle poole uuritavatest (57%) on pärast kõrvalekallete ilmumist oma eluviisi muutnud, seda loodeatavasti nõustamise tulemusena. Sarnane tulemus ilmnes ka Tervise Arengu Instituudi uuringus (17).

Tervisliku toitumise soovitusi järgiti paremini rukkileiva ja täisteratoodete, köögi- ja puuviljade ning marjade tarvitamise soovitusel, enam tegid seda naised. Vähene Pan-soola kasutamine (vaid viiendik küsitletutest) võib olla tingitud

vähetest teadmistest keedusoola mõjust vererõhule, ka on Pan-soola hind oluliselt kõrgem võrreldes tavalise keedusoolaga.

Kõrgema haridustasemega uuritud andsid oma tervislikule seisundile parema hinnangu. Sarnane seos on ilmnenud ka teistes uuringutes (17, 18).

Pikaaegne suitsetamine on SVH oluline riskitegur (19). Üle 90% vastanutest oli mures suitsetamise kahjulikkuse pärast tervisele ning mõelnud loobumisele, s.t olid veenmise kommunikatsiooni mudeli järgi kaalutlemisfaasis (20) ning kaks kolmandikku vastanuist olid oma suhtumist juba muutnud ning soovisid loobuda. Nii ühed kui ka teised vajavad eluviisi muutmisel toeks usaldusväärset spetsialisti, kelle leiab kindlasti suitsetamisest loobumise kabinetist, kuid perearstikeskuses saaks isiku motivatsiooni oluliselt tugevdada, viidates tema personaalsetele tervisenäitajatele. Suitsetamisest loobumise soovitusel infoallikana nimetati kõige enam meediat; pereõe ja perearsti roll suitsetamisest loobumise nõustajana on olnud väga tagasihoidlik. Arsti, pereõe ning eriti teiste tervishoiutöötajate tagasihoidlik roll suitsetamisest loobumise propageerimisel ilmneb ka teistes uurimustes (17, 19).

Ilmnes, et üle kolmandiku naistest ja üle poole meestest tarvitasid liiga palju alkoholi. Eesti 2004. aasta haiguskoormuse analüüsist ilmnes, et 40% meestest ja 5% naistest tarvivad alkoholi tervist kahjustavas koguses (21). Alkoholitarbimise vähendamist motiveerivat nõustamist töös ei uuritud, kuid ilmselt on selles vallas esmatasandi tegevuses arenguruumi küllaga. 2011. aastal said kõigile kättesaadavaks nii TAI välja antud vastavateemalised juhendmaterjalid (22) kui ka prooviuringu alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise meetoodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis (23).

Kehaline aktiivsus vähendab tõendatult haigestumust ja suremust vereringehaigustesse (10, 24), paraku on tervisespordi harrastamine elanikkonna seas vähene ja ebaregulaarne (17). Sama ilmnes käesolevast uurimusest: regulaarse treeninguga 2–4 korda nädalas tegeles vaid ligi kolmandik ning harvem või juhuslikult veerand küsitletutest, enam naised. Patsientide arvamus, et treeninguteks on võimalusi ebapiisavalt või need puuduvad (kolmandik uuritutest), viitab samuti vajadusele nõustada, selgi-



tada erinevate liikumisviiside kasulikkust tervisele.

Uuringus ilmnenuid peamised eluviisi muutmist takistavad tegurid (laiskus, mugavus, ajapuudus ja vähene tahtejõud) osutavad vajadusele suurendada patsientide käitumuslikku suutlikkust. Eluviisi muutuse kavandamisel on oluline inimese motivatsioon, valmisolek muutuseks ja oma toimetuleku tunnetamine; muutust takistavad vähene tunnetatud tulemuslikkus ning madal enesehinnang, mille korrigeerimisele tuleks ennetustöös senisest enam tähelepanu pöörata.

Tervist edendavat infot pereõe vastuvõtul oli saanud vähem kui pool küsitletud patsientidest ning vaid kolmandik kinnitas, et saadud info oli aidanud muuta eluviisi tervislikumaks. Sarnane tervisenõustamise vähene kasutegur on ilmnenuid ka varasemates uuringutes (19, 21), viidates pereõe suhteliselt vähesele rakendatusele ennetustöös. Siiski nähtub nendest uuringutest perearsti ja -õe aktiivsuse suurenemine ennetustegevuses aastatel 2008–2010.

Rahvastiku tervisekäitumise uuringust (17) ilmneb, et nõustamisega seotud rahulolematuse põhjused on tingitud peamiselt sellest, et patsiendid ei ole saanud teada, mis on põhjuseks, et nende tervisenäitajad ei ole korras: soovitus on liiga üldsõnaline või nõuannete asemel määratakse ravimid. Seevastu mõistev õhkkond, mis kujuneb patsiendi ja arsti või õe vahel ning patsiendile arusaadav info haiguse, selle põhjuste, paranemise prognoosi ja elu kohta, loovad patsiendis usalduse ja rahulolutunde.

Uuritud olid rahul, et selliseid küsitlusuuringuid tehakse, sest nii kasvab huvi terviseeteema vastu ja suureneb vastutus oma tervise eest. Tänu uurimusele suurenes autorite sisemine motivatsioon teha ennetustööd edaspidigi.

## JÄRELDUSED

Pärast SVH-riskist teadasaamist muutis oma eluviisi üle poole küsitletutest, kõige enam korrigeeriti toidumenüüd ja liikumisharjumusi. Harvem on SVH-riskiga isikud loobunud suitsetamisest ja vähendanud alkoholi tarvitamist. Kõrgema haridustaseme ja nooremad patsiendid olid oma terviseriskidest teadlikumad ning rakendasid pereõelt või -arstilt saadud eluviisisoovitusi rohkem. Naised on enam järginud tervisliku toitumise ja mehed füüsilise aktiivsuse suurendamise soovitusi.

SVH ennetusega esmatasandil tuleks alustada võimalikult varakult; riskirühma patsientidega tegelda järjepidevalt ning kasutada enam individuaalset tegevusplaani.

Pereõe osa tervist edendavas tegevuses tuleks suurendada ja neid sellel alal koolitada.

## UURIMUSE PIIRANGUD

- Uurimus on tehtud ühe perearstikeskuse baasil, mistõttu ei saa tulemusi üldistada kõigile perearstikeskustele või -praksistele.
- Uurimus ei anna teavet nooremaealiste riskirühma kuuluvate inimeste tervisekäitumuse kohta.
- Ankeet oli uurimuses kasutusel esimest korda ja selle usaldusväärsus ei ole piisavalt kontrollitud.
- Vastamise määra (57%) põhjal ei saa teha laiapõhjalisi järeldusi.

## SUMMARY

**Patients with cardiovascular diseases in a family health centre: their lifestyle and health behaviour and its development by the support of primary health care**

**Marika Eksin<sup>1</sup>, Diana Ingerainen<sup>1</sup>, Ene Lausvee<sup>2</sup>**

**Aim.** To find out (1) the lifestyle and behavioural risk factors of patients with increased risk of cardiovascular diseases and (2) changes that have taken place in patients' lifestyle (nutrition, physical activity, smoking and alcohol use) after participation in a prevention project and (3) whether counselling by the family nurse has helped make positive changes in the person's health behaviour.

**Methods.** A survey of 63 patients (27 men and 36 women aged 40-60 years; a questionnaire including 31 questions) with abnormalities in physiological indicators in the frame of the prevention project carried out in 2008-2010.

**Results.** The great majority of the patients agreed that cardiovascular diseases are a serious health problem in Estonia; they recognised their own risk and the role of

<sup>1</sup> Järveotsa Family Health Centre, Tallinn, Estonia; <sup>2</sup> Institute of Social Work, Tallinn University, Tallinn, Estonia

Correspondence to: Ene Lausvee  
lausvee@tlu.ee

**Keywords:** health promotion, first contact health care, family nurse, cardiovascular diseases, risk factor

unhealthy behaviour in it. Of the patients 52% reported that their lifestyle was healthy, among them more patients had higher educational level. About two thirds of the patients had healthy eating habits, among them more women ate fruits and vegetables, bread and meat products. Only one third of the patients were used to consume healthy milk products, oil and fish. Of the patients 65% had regular training at least once a week and 25% did not train regularly, among them women being in majority. Of the patients 45% did not adhere to the recommended daily amount of alcohol and 19% were daily smokers.

Of the studied patients 57%, among them more women than men, changed their health behaviour after biological abnormalities had occurred, mostly through correcting nutrition and physical activity. Of the patients 45% had received information about health promotion during the family nurse`s consultation. Patients with higher educational level followed the nurse`s advice more often compared with persons with lower educational level.

Patients wanted to receive more information and pass more analyses/tests concerning their health, they were interested in personal lifestyle counselling and looked forward to experiencing more empathy in relations with the family nurse/doctor.

**Conclusions.** The majority of the patients were aware of the meaning of cardiovascular diseases and the role of lifestyle risk factors. About half of the patients reported having a their healthy lifestyle. More than half of the studied patients changed their health behaviour after the biological abnormalities had occurred. Less than half of the patients had received health promoting information from their family nurse. Patients need to receive more personal health related information, counselling and motivation to quit smoking and alcohol abuse from the family nurse/doctor.

## KIRANDUS/REFERENCES

1. Eesti südame- ja veresoonehaiguste preventsiiooni juhised 2006. [http://www.legeartsi.ee/failid/File/Sydame-%20ja%20veresoonehaiguste%20preventsiiooni%20juhised\\_04.01.2006.pdf](http://www.legeartsi.ee/failid/File/Sydame-%20ja%20veresoonehaiguste%20preventsiiooni%20juhised_04.01.2006.pdf).
2. Prevention and control of cardiovascular diseases: missed opportunities. World Health Organization 2010. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/prevention\\_control/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/prevention_control/en/).
3. Farris PR, Pearson T, Fogg T, et al. Building capacity for heart disease and stroke prevention research: The Cardiovascular Health Intervention Research and Translation Network. *Health Promotion Practice* 2008;9:220-7.
4. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020. Sotsiaalministeerium 2008. [http://www.valitsus.ee/failid/Rahvastiku\\_tervise\\_AK\\_2009\\_2020.pdf](http://www.valitsus.ee/failid/Rahvastiku_tervise_AK_2009_2020.pdf).
5. Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005-2020. Riigi Teataja 2005;24:340. <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=852525>.
6. Strategic priorities of the Cardiovascular Disease Programme. World Health Organization 2010. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/priorities/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/en/).
7. Primary health care. World Health Organization 2010. [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/en/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/).
8. Halcomb E, Davidson P, Daly J, Yallop J, Tofler G. Australian nurses in general practice based heart failure management: implications for innovative collaborative practice. *Eur J Cardiovascular Nursing* 2004;3:135-47.
9. McCarthy G, Cornally N, Courtney M. The changing role of the practice nurse. *Nursing in general Practice*. 2006;2:38-44.
10. Skånér Y, Nilsson GH, Krakau I, et al. Primary prevention of first-ever stroke in primary health care: a clinical practice study based on medical register data in Sweden. *Stroke Res Treat* 2010;pii:468412.
11. ICN. Delivering quality, serving communities: Nurses Leading Primary Health Care 2008. <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2008.pdf>.
12. Nursing perspectives and contribution to primary health care. International Council of Nurses. Switzerland 2008. [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/ind2008\\_phc.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/ind2008_phc.pdf).
13. Pertel T, Koppel A, Kalda R, et al. Mapping the status of disease prevention and health promotion at primary health care level in Estonia. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2010. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1781/1/Pertelj2010.pdf>.
14. Ingerainen D, Sammul S, Kuldmae I, jt. Pereõe tegevusjuhend. Eesti Perearstide Selts; Tallinn; 2008. [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Pereoe\\_tegevusjuhend\\_07%2004%202009%20tunnustatud.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Pereoe_tegevusjuhend_07%2004%202009%20tunnustatud.pdf)
15. Niglas K. Andmeanalüüsi abimaterjale: statistiline andmeanalüüs paketi SPSS for Windows 14.0 abil [http://minitorn.tlu.ee/~katrin/cmsSimple/uploads/SPSS14\\_pealkirjaga.pdf](http://minitorn.tlu.ee/~katrin/cmsSimple/uploads/SPSS14_pealkirjaga.pdf).
16. Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P, toim. Uuri ja kirjuta. Tallinn. Medicina, 2007.
17. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2008. Tallinn. Tervise Arengu Instituut, 2009. <http://www2.tai.ee/TAI/TKU2008.pdf>.
18. Sammul S. Hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide tervisekäitumine ning perearsti ja pereõe osa selle kujundamisel. Magistritöö. Tartu Ülikool, 2006.
19. Haigekassa perearstikeskuste uuring 2007. Tallinn. [http://www.haigekassa.ee/files/est\\_haigekassa\\_uuringud/Dive\\_Haigekassa\\_Pearstikeskuste%20uuring\\_2007.pdf](http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_uuringud/Dive_Haigekassa_Pearstikeskuste%20uuring_2007.pdf).
20. Kasmel A, Lipand A. Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse. I osa. Tallinn: Tallinna Raamatutrükikoda; 2007.
21. Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus. Sotsiaalministeerium; 2004. [http://213.184.49.171/www/gpweb\\_est\\_gr.nsf/HtmlPages/RiskiKoorumus2004/\\$file/RiskiKoorumus2004.pdf](http://213.184.49.171/www/gpweb_est_gr.nsf/HtmlPages/RiskiKoorumus2004/$file/RiskiKoorumus2004.pdf).
22. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine. Juhendmaterjalid. Tervise Arengu Instituut; 2011. <http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/spetsialistile/juhendmaterjalid>.
23. Saame I, Gluškova N, Viilmann K, Kalda R. Proovi uuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise meetoodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis. *Eesti Arst* 2011;216-24.
24. Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2010. [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Hinnangud\\_arstiabile\\_2010.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Hinnangud_arstiabile_2010.pdf).