



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ŽIVLJENJSKI SLOG PACIENTOV S
KRONIČNO OBSTRUKTIVNO PLJUČNO
BOLEZNIJO, SPREMLJANIH V
REFERENČNI AMBULANTI**

**LIFESTYLE OF PATIENTS WITH CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
TREATED IN REFERENCE OUTPATIENT
CLINICS**

Mentor: Erika Povšnar, pred.
Somentor: dr. Aleksander Stepanović

Kandidatka: Petra Hribar

Jesenice, februar, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici Eriki Povšnar, pred., za vso strokovno pomoč, spodbudne besede in oporo pri pisanju diplomske naloge.

Hvala vsem diplomiranim medicinskim sestram v referenčnih ambulantah, ki so mi pomagale pri razdelitvi vprašalnikov in zahvala pacientom, ki so si vzeli čas in izpolnili anketo.

Prav tako se zahvaljujem somentorju dr. Aleksandru Stepanoviću, statistiku Žigu Kotniku ter lektorjem, ki so mi bili prav tako v veliko pomoč.

Hvala tudi družini, prijateljem in zaročencu Roku za vso potrpežljivost in podporo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Dobra zdravstvena nega in oskrba, katere del predstavlja tudi spremljanje pacientov v referenčni ambulanti, pripomore h kakovostnemu življenjskemu slogu pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB).

Cilj: V pričujoči diplomski nalogi želimo podrobneje preučiti življenjski slog pacientov s KOPB, spremljanih v referenčnih ambulantah v zdravstvenih domovih Osnovnega zdravstva Gorenjske (OZG) ter ugotoviti potrebe po spremembi življenjskega sloga pacientov iz lastnega vidika in vidika diplomiranih medicinskih sester (DMS) v referenčnih ambulantah.

Metoda: Diplomaska naloga je temeljila na neeksperimentalni deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Vzorec je bil neslučajnostni in namenski. Zajemal je DMS in paciente s KOPB spremljane v referenčnih ambulantah OZG. Uporabili smo dva vprašalnika: za paciente s KOPB in DMS. Pacientom smo razdelili 70 vprašalnikov. Vrnjenih smo dobili 26 vprašalnikov, kar pomeni 32,5 % realizacijo vzorca. Od razdeljenih 20 vprašalnikov DMS, smo dobili 14 vrnjenih vprašalnikov, kar pomeni 70 % realizacijo vzorca. Podatki so bili obdelani v programu IBM SPSS 21.

Rezultati: Pacienti menijo, da jih DMS v referenčni ambulanti najbolj motivirajo za vzdrževanje zdravega načina življenja ($PV = 4,08$; $SD = 1,08$). Spodbujajo jih k zdravemu prehranjevanju ($PV = 4,4$; $SD = 0,75$) in gibanju ($PV = 4,3$; $SD = 0,89$). 7,7 % kadilcev je z njihovo pomočjo opustilo kajenje. Mnenja pacientov in DMS se statistično pomembno razlikujejo ($p = 0,001$) glede na motivacijo in potreb pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga.

Razprava: Raziskava je pokazala, da imajo DMS pomembno vlogo v motivaciji pacientov za čim bolj kakovostno življenje s KOPB, ki pa je pogosto spregledana. Večina pacientov ni spremenila kadilskih navad, so pa nekateri zmanjšali število pokajenih cigaret. Potrebno bi bilo posvetiti večjo pozornost motivaciji in podpori za opuščanje kajenja. Predlagamo, da se paciente motivira tudi k obisku skupinskih CINDI delavnic, ki bi bile pripravljene kakovostno in bi temeljile na medsebojnem spoznavanju.

Ključne besede: diplomirana medicinska sestra, KOPB, referenčna ambulanta, življenjski slog, motivacija.

SUMMARY

Theoretical Background: Good health care and nursing, which includes overseeing the patients in a referral clinic, leads to a quality lifestyle of a patient with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Objective: With the selected thesis subject we attempt through analysis of lifestyle of patients with COPD, monitored in referral clinics in health centers of the “Osnovno zdravstvo Gorenjske” institute (OZG). We would like to determine the need for changing patient’s lifestyle from the point of view of both a patient and a bachelor of nursing (B.N.), employed in a referral clinic.

Methods: Thesis was based on a non-experimental descriptive quantitative method of empirical research. We used a non-probable and purposive sample. The sample included B.N.’s and patients in referral clinics of the OZG institute. We used two survey questionnaires, one for patients and one for B.N.’s. We distributed 70 questionnaires to patients and received back 26 of them, giving us a 32.5 % realization of sample. Of the 20 questionnaires distributed to the B.N.’s, we received 14, meaning a 70 % realization of sample. Data was processed with IBM SPSS 21 software package.

Results: Patients think that they are most motivated for maintaining a healthy lifestyle by B.N.'s employed in a referral clinic (MEAN = 4.8, SD = 1.08). They encourage them to eat healthy (MEAN = 4.4, SD = 0.75) and exercise (MEAN = 4.3, SD = 0.89). 7.7 % of smokers quit smoking with their help. Opinions of patients and B.N.’s differentiate with statistical importance ($p = 0.001$) in regard to maintaining a healthy lifestyle.

Discussion: The research has shown that B.N.’s have an important role in motivating patients for quality life with COPD; however, this role is usually ignored. Results show that majority of patients didn’t stop smoking although some did limit the number of cigarettes they smoke. In regard to this, there is need to focus on motivation and support for smoking cessation. We suggest encouraging the patients to visit CINDI workshops, which should be well prepared and based on mutual learning.

Keywords: bachelor of nursing (B.N.), chronic obstructive pulmonary disease COPD, referral clinic, lifestyle, motivation.

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
2.1	REFERENČNA AMBULANTA IN VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE.....	3
2.1.1	Namen in razvoj referenčne ambulante.....	3
2.1.2	Vloga diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti	4
2.2	KRONIČNA OBSTRUKTIVNA PLJUČNA BOLEZEN	5
2.2.1	Značilnosti kronične obstruktivne pljučne bolezni in obravnava v referenčni ambulantni	5
2.2.2	Dejavniki, ki vplivajo na kakovost življenja pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo	9
2.3	ŽIVLJENJSKI SLOG PACIENTOV S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO PLJUČNO BOLEZNIJO	11
2.3.1	Pristop diplomirane medicinske sestre preko zdravstvene vzgoje k pacientom s kronično obstruktivno pljučno boleznijo	11
2.3.2	Zdravstvena vzgoja in življenjski slog pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo	13
3	EMPIRIČNI DEL	19
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	19
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	19
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	20
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	20
3.3.2	Opis merskega instrumenta	20
3.3.3	Opis vzorca.....	22
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	24
3.4	REZULTATI	25
3.5	RAZPRAVA.....	38
4	ZAKLJUČEK.....	45
5	LITERATURA.....	47

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.2 Soglasje zavoda k raziskovanju

6.3 Potrdilo komisije za etiko

KAZALO SLIK

Slika 1: Časovno obdobje zdravljenja pacientov s KOPB.....	22
Slika 2: Stopnja vpliva KOPB na življenjski slog pacientov glede na vprašalnik CAT.....	23
Slika 3: Prikaz števila anketiranih pacientov s KOPB na vprašanja v Tabeli 3.....	25
Slika 4: Prikaz števila anketiranih DMS v referenčni ambulanti na vprašanja v Tabeli 3..	27
Slika 5: Deleži mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po informacijah o zdravem življenjskem slogu	31
Slika 6: Deleži mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po začetni podpori usmeritve v zdrav življenjski slog.....	33
Slika 7: Deleži mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po podpori vzdrževanja zdravega življenjskega sloga.....	35

KAZALO TABEL

Tabela 1: Preverjanje zanesljivosti merskega inštrumenta pri pacientih in DMS.....	21
Tabela 2: Demografski in socialno demografski podatki anketirancev.....	24
Tabela 3: Mnenje pacientov in DMS o življenjskem slogu in svetovanju pacientom s KOPB v referenčni ambulanti.....	25
Tabela 4: Mnenje DMS in pacientov v referenčni ambulanti o opuščanju kajenja.....	29
Tabela 5: Mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po informacijah o zdravem življenjskem slogu.....	30
Tabela 6: Mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po začetni podpori usmeritve v zdrav življenjski slog.....	32

Tabela 7: Mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po podpori vzdrževanja zdravega življenjskega sloga.....	34
Tabela 8: Mnenje pacientov in DMS, kdo oz. kaj najbolj motivira paciente pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga.....	36
Tabela 9: Poznavanje in udeležba na skupinskih delavnicah CINDI ter pridobivanje informacij s strani pacientov.....	37
Tabela 10: Kje so pacienti prvič slišali za referenčno ambulanto in kje so dobili večino informacij o KOPB?.....	38

1 UVOD

Celotno zdravstveno varstvo stremi k izboljšavam življenjskega sloga pacientov in kvalitetnejši obravnavi pacientov. Za splošno in družinsko medicino, ki deluje na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, je bilo ugotovljeno, da je za njen obstanek kot temeljnega nosilca potrebna nadgradnja. Ministrstvo za zdravje (MZ) navaja, da so se potrebe po spremembah na primarnem nivoju zdravstvenega varstva pojavile zaradi prenosa dela s sekundarnega na primarni nivo, zaradi demografskih sprememb, povečanega števila kroničnih pacientov, večje izobraženosti in zahtevnosti pacientov ter zaradi hitrega razvoja medicine, medicinskih smernic in priporočil (Ministrstvo za zdravje, 2015a). Ena od novejših zdravstvenih sprememb in pridobitev v Sloveniji so referenčne ambulate, ki so začele delovati leta 2011 in so se do danes precej razširile. Pričelo se je s postopnim in načrtnim uvajanjem nove vsebine dela v primarnem nivoju zdravstvenega varstva, tudi tako, da se je sedanjemu timu (zdravnik in srednja medicinska sestra ali srednji zdravstvenik) za polovični delovni čas pridružila še diplomirana medicinska sestra (DMS) (Ministrstvo za zdravje, 2015b).

DMS v referenčni ambulanti paciente vodi in spremlja glede na njihovo obolenje. Ena izmed bolezni, ki je vodena v referenčni ambulanti, je kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB). Je ena izmed bolezni, ki lahko pacientom znatno poslabša kakovost življenja. KOPB ima visoko stopnjo smrtnosti in je po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije KOPB na 4.mestu, kot vzrok smrti (Škrgat, 2008). Iz teh podatkov lahko sklepamo, da je potrebno aktivno pristopiti k odkrivanju bolezni, saj nastopi tiho in napreduje počasi ter vztrajno. Njene zgodnje znake se običajno pripisuje starosti in pogosto vodi paciente do hude invalidnosti. Zgodnje odkrivanje bolezni in uvajanje sprememb v pacientov življenjski slog, pripomore k ohranjanju kakovosti življenja obolelih (Žerdoner, 2014). Pri tem ima pomembno mesto zdravstvena vzgoja, ki jo Hoyerjeva (2005) opredeli kot kombinacijo učenja in vzgoje usmerjeno v pridobivanje informacij in veščin. Paciente je potrebno obveščati o lokacijah, kjer lahko najdejo pomoč, jih ozaveščati o bolezni ter jim predajati razumljive informacije o ohranitvi zdravja.

V nadaljevanju bomo v diplomskem delu obravnavali spremembe življenjskega sloga z vidika potreb pacientov s KOPB, spremljanih v referenčni ambulanti.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 REFERENČNA AMBULANTA IN VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE

2.1.1 Namen in razvoj referenčne ambulante

Referenčna ambulanta je ambulanta splošne in družinske medicine z razširjenim timom, ki ga sestavljajo zdravnik splošne oziroma družinske medicine, zdravstveni tehnik in DMS. Namen referenčnih ambulant je razvoj na nivoju vsebine dela, kot so protokoli spremljanja kroničnih pacientov in njihove celovite obravnave (Ministrstvo za zdravje, 2015a).

V prihodnje naj bi se referenčne ambulante razširile na vse ambulante družinske medicine v Sloveniji. Ta uvedba predstavlja pomemben korak v slovenskem zdravstvenem prostoru pri oskrbi pacientov na primarnem nivoju, saj bi razbremenila sekundarno raven, posledično pa bi se s tem povečala dostopnost do specialističnih pregledov, kar bi pripomoglo k skrajšanju čakalnih dob (Eder, 2012). Ministrstvo za zdravje (2015a) navaja, da se je iz leta v leto število referenčnih ambulant družinske medicine povečevalo. Marca leta 2015 je bilo v Sloveniji tako registriranih že 434 referenčnih ambulant.

Za razvoj ambulant so pomembna tudi stratificirana merila, ki enakomerno razporejajo nastanek referenčnih ambulant po Sloveniji, ter s tem obravnavajo vedno več pacientov. Referenčne ambulante z novim timom občutno izboljšujejo obravnavo pacientov, povečujejo dostopnost prebivalcev do kakovostne in varne zdravstvene oskrbe ter z ustrezno organizacijo dela krajšajo čakalne dobe na sekundarnem nivoju (Ministrstvo za zdravje, 2015b). Z referenčnimi ambulanti se zmanjšuje »podvajanje obiskov«, kar pomeni, da pacienti po posvetu z DMS ne želijo govoriti z zdravnikom ter slišati še njegovo mnenje (Eder, 2012).

2.1.2 Vloga diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti

Celotni zdravstveni tim ima pomembno vlogo pri odkrivanju pacientov v zgodnji fazi KOPB na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju. Kadivec (2011) in Žerdoner (2014) navajata, da je naloga medicinske sestre v ambulanti pomembna, saj opazuje paciente, ki pridejo v ambulanto družinske medicine zaradi rednih preventivnih zdravniških pregledov ali zaradi drugih zdravstvenih problemov. Ob sumu na KOPB zdravnik pacienta povabi k obisku referenčne ambulante, kjer ga začne DMS spremljati in voditi.

Pri uvedbi referenčnih ambulant je DMS prevzela naloge, ki jih v skladu s svojimi kompetencami lahko opravlja. Področje dela se nanaša predvsem na sistematično spremljanje parametrov urejenih kroničnih bolezni, kot so astma, sladkorna bolezen, srčno-žilna obremenjenost, depresija, KOPB, povišan arterijski tlak, kajenje in pitje alkohola. Z vključitvijo DMS v proces dela se med zdravnikom in DMS delo porazdeli. S tem prispevajo k drugačni obravnavi pacientov na določenih področjih, kot je izboljšanje življenjskega sloga in redno jemanje zdravil. Preden začnejo DMS v referenčni ambulanti voditi in spremljati paciente s KOPB, morajo imeti opravljeno strokovno izobraževanje za vodenje pacientov s kroničnimi boleznimi. Med njimi tudi za vodenje pacientov z astmo in KOPB v referenčni ambulanti. Akutne paciente še vedno obravnava in zdravi zdravnik (Dolšak, 2013). Ministrstvo za zdravje navaja, da DMS v referenčni ambulanti pacientom na svojem področju dela po potrebi svetuje pri preventivnih dejavnostih in s pomočjo vprašalnikov odkriva dejavnike tveganja, kot so alkohol, kajenje, visok pritisk, holesterol in depresija. Vsi pacienti so glede na posamezno kronično obolenje zdravstveno-vzgojno obravnavani individualno (Ministrstvo za zdravje, 2015a). Lahe in Pajnkihar (2006) pravita, da je DMS odgovorna za vzpostavitev medsebojnega partnerskega odnosa s pacienti. Pomemben je empatičen in intelektualen odziv na pacientova prepričanja, potrebe in težave. To spodbuja spoštovanje, zaupanje in dostojanstvo ter pomaga posamezniku povrniti samostojnost in integriteto misli, duha in telesa.

Pri spremljanju in nadzoru bolezni je pomembno stalno izobraževanje in izpopolnjevanje DMS ter sledenje novim smernicam. Dolšak (2013) navaja možnost dostopa do strokovne literature preko centraliziranega naročanja v Centralno medicinski knjižnici. DMS se tako lahko izobražujejo in nudijo pacientom potrebne informacije.

2.2 KRONIČNA OBSTRUKTIVNA PLJUČNA BOLEZEN

2.2.1 Značilnosti kronične obstruktivne pljučne bolezni in obravnava v referenčni ambulanti

KOPB je kronična obstruktivna bolezen pljuč, ki jo je mogoče preprečiti in zdraviti in je zanj značilna obstrukcija v dihalnih poteh, ki ni popolnoma reverzibilna. Obstrukcija je običajno progresivna in združena z abnormalnim vnetnim odgovorom pljuč na škodljive delce ali pline, najpogostejši vzrok je kajenje. KOPB je bolezen pljuč, vendar ima tudi značilne sistemske posledice (Poglobljena informacija o ASTMI in KOPB, 2011). Vse skupaj vodi v napredujočo zaporo dihalnih poti, ki je trajna in le deloma popravljiva. Najpogostejši simptomi so težka sapa oz. zadihanost, kronični kašelj, večja količina izmečka in utrujenost (Turel, 2012). KOPB je med glavnimi vzroki obolelosti in umrljivosti tako v razvitih državah kot tudi v deželah razvoja (Chetty, et al., 2006). Po različnih ocenah je bila KOPB v letu 2011 četrti vodilni vzrok smrti v svetu (Lamprecht, et al., 2011) in naj bi do leta 2020 postala peti najpogostejši vzrok invalidnosti v Evropi (Turel, 2012).

Za diagnosticiranje še neodkritih pacientov s KOPB je ključnega pomena spirometrija, ki jo DMS izvaja v skladu s svojimi kompetencami (Schermer, et al., 2008). S spirometrijo izmerimo pljučno funkcijo in stopnjo zožitve dihalnih poti. Po opravljenih meritvah izračunamo indeks Tiffeneau ter glede na razmerje določimo stopnjo zožitve. Paciente nato razvrstimo v 4 stadije glede na smernice GOLD. To so: stadij I – blaga oblika KOPB, stadij II – zmerna oblika KOPB, stadij III – huda oblika KOPB in stadij IV – zelo huda oblika KOPB (Kadivec, 2011). Podatke o novih primerih KOPB naj bi DMS enkrat mesečno pošiljale v projektno pisarno, kjer zbirajo podatke iz vseh

referenčnih ambulant. Ta način dela omogoča pregledne rezultate in hiter vpogled na število pacientov s KOPB v Sloveniji (Eder, 2012).

Bolezen je težka in zelo zahrbtna, saj je pacienti dolgo časa ne občutijo. Razvije se postopoma in počasi privede do nepopravljive izgube pljučne funkcije. Pri večini pacientov je odkrita prepozno in se je pacienti zavejo šele takrat, ko so pljuča že hudo in nepopravljivo okvarjena. Pacienti imajo s tem močno okrnjeno kakovost življenja, saj niso zmožni opravljati svojega dela. Njihova življenjska doba se zaradi pozno odkrite diagnoze in slabe pljučne funkcije skrajša (Chetty, et al., 2006).

Mesarič (2009) izpostavi pomembno nalogo preventivnega dela za zgodnje odkrivanje in dobro zdravstveno vzgojo o opuščanju kajenja in drugih škodljivih dejavnikov, saj se s tem pospešeni upad pljučne funkcije upočasnijo. Tudi Kadivčeva (2011) poudarja pomembnost aktivne vključitve pacientov v proces obvladovanja bolezni s promocijo zdravja in zdravstvene vzgoje in izpostavlja model zdravstvene organizacije Kaiser-Permanente, ki je zasnovan na populacijskem pristopu. Kajenje ni edini vzrok nastanka KOPB, zato je potrebno posvetiti pozornost tudi nekadilcem, saj je teh pacientov s KOPB 10-20 % (Kadivec, 2011).

Kadivec (2011) pri tem poudarja veliko vlogo DMS, ker pri pacientih lahko prepozna znake za KOPB. Pomembna je anamneza pacientov, s katero se pridobijo pretekli podatki o rizičnih dejavnikih za razvoj KOPB. DMS sprašuje o pogostosti kašlja, o kajenju, kondicijskem stanju telesa in podobno. Pomembna je starost pacientov in če je le-ta več kot 50 let, je možnost KOPB večja. Ob sumu na bolezen je treba opraviti tudi ustrezne diagnostične teste.

Pri obravnavi pacientov ima DMS v pomoč dva vprašalnika za zgodnje odkrivanje KOPB in njeno vrednotenje. Z njima ugotavlja dejansko stanje pacientov. Pri delu s pacienti sta vprašalnika v pomoč pri nadzoru bolezni in s tem se ustvari občutek zaupanja in pripadnosti, kar je pogoj za uspešno sodelovanje in motivacijo pri upoštevanju navodil zdravstvene vzgoje (Eder, 2012). Za oceno stanja bolezni si DMS lahko pomaga z reševanjem testa za ocenitev KOPB (COPD Assesment test – CAT), s

katerim lahko sistematično pridobi podatke o bolezni in simptomih (Petek, 2010). Odgovori in rezultati testa pomagajo pacientu in zdravstvenemu delavcu izboljšati obravnavo KOPB, da bi dosegli največjo korist zdravljenja (Kadivec, 2011). Test CAT je učinkovit, kratek, razumljiv in primeren za vse paciente z diagnozo KOPB. Razpon točkovanja je od 0 do 40. Pri različnih rezultatih testa je razširjena svetovalna skupina za KOPB opredelila stopnje vpliva KOPB na paciente ter na podlagi teh predlagala morebitne ukrepe (Škrgat & Šuškovič, 2011).

Pri različnih rezultatih testa je razširjena svetovalna skupina za KOPB opredelila opis pacientov pri različnih stopnjah vpliva KOPB in predlagala nekatere morebitne ukrepe pri obravnavi. Stopnja vpliva bolezni na paciente je lahko majhna, če ima test CAT manj kot 10 točk. Pri tej stopnji pacienti občasno ne morejo opravljati stvari, ki si jih želijo, možen je kašelj in težka sapa med športnimi dejavnostmi. Predlagana je opustitev kajenja in vsakoletno cepljenje proti gripi. Srednja stopnja vpliva je pri rezultatu testa med 10 in 20 točkami. To pomeni, da so pacienti brez sape že pri počasni hoji po stopnicah, imajo težko sapo pri oblačenju in izkašljejejo sputum večino dni. Pomembno je iskanje dejavnikov, ki povzročajo poslabšanje bolezni, ter le te zmanjšati oz. preprečiti. Velika stopnja vpliva bolezni je takrat, ko je vrednost CAT vprašalnika med 20 in 30 točkami, ter zelo velika stopnja vpliva, ko je rezultat CAT nad 30 točk. Na tej stopnji zdravstvenega stanja pacienti prenehajo delati, kar si želijo ter za osebno higieno potrebujejo veliko časa. Morebitni ukrepi pri obravnavi so dodatno farmakološko zdravljenje in napotitev k specialistu (Poglobljena informacija o ASTMI in KOPB, 2011). Krnel (2012) navaja, da naj bi pacienti test CAT izpolnjevali vsake 3-6 mesece. Glede na izpolnjene pretekle vprašalnike tako sledijo spremembam in morebitnemu napredovanju bolezni. Škrgat in Šuškovič (2011) pravita, da razlika ali sprememba za 2 ali več točk kaže na verjetno klinično pomembno razliko ali spremembo zdravstvenega stanja pacientov. Poudarjata, da sta test CAT in spirometrija dopolnjujoči se merili, ki se skupaj uporabljata za klinično oceno KOPB in omogočata najboljšo obravnavo pacientov.

Za zdravljenje KOPB zdravila, ki bi zmanjševala vnetje ali upočasnila upadanje pljučne funkcije, niso znana. Pri KOPB so uspešni bronhodilatatorji. Kombinirana raba

simpatikomimetika in antiholinergika uspešneje izboljšuje forsirani ekspiratorni volumen v prvi sekundi izdiha (FEV1) in preprečuje poslabšanja KOPB (Šuškovič, 2011).

Pri upočasnitvi napredka KOPB imajo velik vpliv nefarmakološki dejavniki (Kozina, 2011). Spremljanje zdravstvenega stanja pacientov in zdravstvena vzgoja sta v referenčni ambulanti prilagojena glede na stopnjo težavnosti bolezni. Delo DMS v referenčni ambulanti je motiviranje pacientov za učenje vsebin pri KOPB. Te vsebine so vpliv pasivnega in aktivnega kajenja, izogibanje onesnaženemu zraku, pomembnost delovnega okolja, pravilno dihanje, učinki dihalne rehabilitacije, pričakovani potek bolezni, prepoznavanje poslabšanja bolezni in meritve spirometrije (Kadivec, 2011). Priporočena je vsakodnevna zdrava prehrana, kot je zadostna količina sestavljenih ogljikovih hidratov, sadja in zelenjave ter manj maščob ter soli. Zdrava prehrana pripomore k boljšemu počutju in vpliva na življenjski slog pacientov (Kozina, 2011). Priporočena je tudi dobra telesna zmogljivost, ki je dosežena s telesno vadbo. Ta ne daje merljivih učinkov na respiratorno prizadetost, vendar vpliva na zmanjšanje telesne oslabelosti, ki je pomemben dejavnik pri napredovanju pljučne bolezni. Premalo telesnega gibanja pri pacientih lahko povzroči hitrejše napredovanje bolezni. Vnetje mišičnega tkiva pospeši propadanje skeletnih in dihalnih mišic, zato je osnovna rehabilitacija pravilna telesna vadba, ki zmanjšuje mišično oslabelost (Šuškovič, 2011). Pomembni so tudi drugi dejavniki, ki vplivajo na sam potek bolezni (Šuškovič, et al., 2011).

Pri poteku zdravljenja in spremljanja pacientov ima pomembno vlogo zdravnik, DMS in srednja medicinska sestra, da primerno ocenijo paciente in njihov status. S svetovanjem zagotovijo primerno podporo (Kozina, 2011). Ocenjujejo namreč, da je 70 – 80 % ljudi s kronično boleznijo sposobno samostojno obvladovati svojo bolezen v stabilni fazi, 20 % pa potrebuje medicinsko pomoč pri vodenju svoje bolezni. V državah EU ocenjujejo, da je 3 – 5 % ljudi pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti popolnoma odvisnih (Kadivec, 2011).

2.2.2 Dejavniki, ki vplivajo na kakovost življenja pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo

Jeruc (2008) pravi, da je kakovost življenja pri pacientih s KOPB zelo spremenjena, saj zaradi napredovanja bolezni in oteženega dihanja nekateri ne zmorejo več sprehodov, nakupovanja, hoje do trgovine, pošte ali banke. Pri nadaljevanju razvoja bolezni občutijo težavo že pri govorjenju, pripravi jedi, hranjenju in oblačenju.

Slaba prehranjenost in podhranjenost je pri pacientih lahko velik problem. Escott Stump (2011) poudarja, da je težava pri beljakovinsko energijski podhranjenosti ter izgubi telesne mase. Pri presuhih posameznikih zato KOPB napreduje hitreje (Barnett, 2008). Težave z nedohranjenostjo imajo pacienti z emfizemom, tako imenovani pink puffer pacienti, ki izgubljajo telesno maso. Pacienti s kroničnim bronhitisom običajno ne izgubijo telesne teže (Kosten, 2014). Barnett (2008) navaja, da je poleg nedohranjenosti dodatni problem prevelika telesna masa pacientov, saj vpliva na poslabšanje imunskega sistema. Povečuje se poraba kisika in s tem dihalno delo. S pomočjo zdravstvene vzgoje in diet, lahko zmanjšamo preveliko telesno maso.

Šuškovič (2010) izpostavlja problem onesnaženosti bivalnega zraka, saj so bronhiji vneti in zato občutljivejši za vdihalne dražilce. V stanovanju pacientov naj se ne bi kadilo in stanovanje naj bi bilo prijetno ogreto ter primerno vlažno. Mesarič (2009) poudarja, da je za nastanek KOPB v veliki meri kriv cigaretni dim, ki škoduje vsem delom pljuč. Razvoj bolezni je odvisen od odziva pljuč na vdihavanje cigaretnega dima. Vpliv kajenja se kaže s počasi napredujočo težko sapo ob telesnih obremenitvah. Individualne posledice kajenja nastajajo počasi, saj kadilci pred pojavom zapore dihal dolga leta kašljajo in izkašljejejo. V velikih sapnicah (bronhijih) se pomnožijo celice, ki izločajo sluz. To povzroča močan kašelj in izloček, ki se med okužbo z virusi ali bakterijami količinsko še poveča. Cigaretni dim sproža brazgotinjenje in zoženje malih, perifernih bronhijev (sapnic), ki s tem ovirajo pretok zraka v pljuča in iz njih. Nastane zapora bronhijev, kar oboleli občuti kot vse težjo sapo. Nastane tudi okvara pljučnih mešičkov, kjer prehaja kisik iz vdihanega zraka v kri. Pljučni mešički razpadajo, namesto njih nastajajo manjše ali večje zračne votline, tako imenovani pljučni emfizem.

Iz razpadlih, emfizemskih pljuč pa kisik pomembno slabše prehaja v kri, kjer je vse manj kisika in s tem nastaja škoda drugim telesnim organom. Pri poslabšanju lahko pride do prenapihnenosti pljuč. Zaradi emfizma so pljuča manj prožna in elastična in se zaradi tega težje izpraznijo. Dihalni premiki so ob razširjenem prsnem košu bistveno težavnejši in napornejši. To se občuti kot težko sapo in pospešeno dihanje. Upor v pljučih je nenadoma večji, izdih težji in volumsko manjši. S počasnim izdihom se izdihne večja količina zraka kot s hitrim izdihom. Pacienti zato ob telesni obremenitvi potrebujejo počitek, saj se z vsakim vdihom pljuča bolj napihnejo. Zmanjševanje prenapihnenosti pljuč je bistvena sestavina za zdravljenje bolezni KOPB (Šuškovič, 2011).

Mesarič (2009) navaja, da so kadilci psihično, vedenjsko in telesno odvisni od kajenja in da ima večina težave pri odvajanju od kajenja, tudi če so zelo motivirani. »Najbolj poznan genetski dejavnik tveganja je redko dedno pomanjkanje alfa-antitripsina. Prezgoden in pospešen razvoj panlobularnega emfizma in upad pljučne funkcije se pojavljata pri številnih pacientih s hudim pomanjkanjem tega encima, kajenje pa bistveno poveča tveganje«.

Poklicna izpostavljenost prahu in kemikalijam (param, dražljivcem, dimu) je lahko razlog, da se KOPB razvije neodvisno od kajenja. Sočasno pa dodatno povzroča tveganje za razvoj bolezni (Šuškovič, et al., 2011).

Bolezen povzroča različne stopnje invalidnosti in vsakodnevna oskrba pacientov s KOPB je veliko breme za svojce, tako socialno in ekonomsko kot tudi fizično in čustveno (Lamprecht, et al., 2011). Pacienti postajajo neaktivni, ker se jim slabša mišična moč in se zaradi sramu nenadnega napada kašlja ali oteženega dihanja socialno izolirajo (Jeruc, 2008). Turel (2012) govori, da se kakovost življenja pacientov s KOPB zmanjša ter s tem posledično vpliva ne le na telesno, pač pa tudi na duševno počutje. Pogosto občutijo tesnobo, nemoč in so depresivni. Petek (2010) navaja, da je potrebno nadzorovati duševno stanje pacientov, saj je dokazano več depresivnih in anksioznih motenj.

Težko je ločiti simptome KOPB in depresije, saj so simptomi obeh stanj prepleteni med seboj. Veliko število psihičnih in telesnih simptomov se nanaša na obe bolezni. Pogosto se skupaj pojavljata depresija in anksioznost, kar pa pomembno vpliva na kakovost življenja pacientov in njegove družine ter na potek bolezni (Jančič, et al., 2012). Pogosti pojavi depresivnih motenj so razvidni z emocionalnimi simptomi, kot so žalost, apatija in občutki krivde ter s telesnimi simptomi utrujenosti, s spremembo apetita in zaspanosti. Vključene so tudi bolečine v telesu in spremenjen ritem spanca. Janssen (2010) navaja, da se depresija pri pacientih s KOPB pogosteje pojavlja pri ženskah, pri pacientih z izrazito dispnejo ter nizkim indeksom telesne mase (ITM), kadilcih ter pri pacientih, ki so telesno nedejavni, socialno izolirani ali se trajno zdravijo s kisikom.

V obravnavi je pomembno sodelovanje celotnega tima, od katerega pacienti s KOPB dobijo celostno zdravstveno pomoč za kar najlažje in udobno življenje s KOPB (Barnett, 2008).

2.3 ŽIVLJENJSKI SLOG PACIENTOV S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO PLJUČNO BOLEZNIJO

2.3.1 Pristop diplomirane medicinske sestre preko zdravstvene vzgoje k pacientom s kronično obstruktivno pljučno boleznijo

Na področju zdravstvene vzgoje ločimo primarno, sekundarno in terciarno raven. Zdravstvena vzgoja na primarni ravni se nanaša na ravnanje, ki krepi zdravje in s tem preprečuje zbolevanje, in je namenjena zdravemu prebivalstvu oz. posamezniku. Doseči želi čim višjo stopnjo odgovornosti do lastnega zdravja. Pri sekundarni ravni želimo paciente usposobiti za samoopazovanje, da odkrijejo zgodnje znake nepravilnosti. Zdravljenje je zato hitrejše in uspešnejše. Terciarna raven je namenjena vzgoji ljudi za življenje z že nastalo škodo, za preprečevanje povrnitve bolezni ali poslabšanja stanja, kot je to pri pacientih s KOPB. Namen zdravstvene vzgoje na tej ravni je, da pacienti sprejmejo svojo bolezen kot realnost in del svojega življenja, da spoznajo določena dejstva o svoji bolezni ter pridobijo potrebne veščine za uspešno obvladovanje bolezni (Hoyer, 2005). Proces spreminjanja vedenja sodi med nelinearne in neklinične

zdravstvene ukrepe. Le-ti lahko učinkovito zmanjšajo obolevnost in umrljivost za kroničnimi boleznimi, kot je KOPB. Spreminjanje vedenja je proces, ki ga lahko razumemo z modelom procesa spreminjanja, ki sta ga prva izdala DiClemente in Prochaska leta 1986. Z njim so pacienti lažje spremenili svoje navade (Kopčaver Guček, 2007).

Zdravstvena vzgoja je proces, s pomočjo katerega se posameznik in skupine učijo krepiti, ohranjati in uveljavljati zdravje. Je kombinacija učenja z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad, oblik obnašanja in vzgoje. To ozavešča ljudi o potrebi, da so zdravi, da vedo, kako doseči zdravje, kaj storiti, da postanejo zdravi in kako poiskati pomoč, kadar jo potrebujejo (Hoyer, 2005). Obravnava in zdravstvena vzgoja vključujeta paciente in svojce, kajti sprememba načina življenja ne vpliva le na paciente, ampak tudi na celotno družino. Uspešnost zdravljenja in kakovost življenja pacientov je v veliki meri odvisna od življenjskega okolja pacientov in od ljudi, s katerimi živijo (Kadivec, 2011).

Dorothea Orem je postavila teorijo, ki temelji na varovancu. Vključuje tri med seboj povezane teorije: teorijo samooskrbe, teorijo primanjkljaja samooskrbe in teorijo sistemov samooskrbe. Za vzdrževanje življenja, zdravja in dobrega počutja je temeljna teorija samooskrbe, ki jo opredeljuje kot hoteno aktivnost. Pripomore k razvoju človeka in njegove celovitosti oz. k njegovi integriteti (Sitzman, 2010). Oremova opisuje, da je zdravstveno varstvo osredotočeno na posameznikove potrebe, ki se nanašajo na aktivno samooskrbo in njeno stalno izvajanje, kar pacientom omogoča, da se ohranijo pri življenju, so zdravi ali pa se jim zdravje povrne, ozdravijo od bolezni ali poškodbe in so sposobni obvladati posledice. V središče postavlja kronične paciente, ki jim DMS pomaga, jih vodi in jim svetuje, da lahko skrbijo sami zase. Poudarek je na samooskrbi, ki pa je možna le takrat, ko pacienti dobijo popolne informacije in podporo DMS (Pearson, et al., 2005). Petek (2010) prav tako navaja, da je paciente potrebno usposobiti za samooskrbo, da znajo sami prilagoditi terapijo ob naglem poslabšanju in pravočasno poiskati pomoč. V okviru obravnave pacientov s kronično boleznijo je v urejeni fazi bolezni potrebna tudi redna ocena stanja.

Zdravstvena vzgoja pri pacientih s KOPB je pomembna, saj je glede na bolezen potrebno znanje o rednem jemanju zdravil in uporabi inhalatorjev (Petek, 2010). Pridobljeno znanje pacientom pomaga osvojiti pravilno tehniko vdihovanja inhalacijskih zdravil (uporaba pršil, nastavkov in vlažilnikov), kisikovo zdravljenje, rehabilitacijski program, pomaga pri odločitvah intenzivnega zdravljenja v domačem okolju in spremembah življenjskega sloga (Kadivec, 2011). Motivacija za izboljšanje življenjskega sloga je odvisna od vsakega posameznika ter je pod vplivom okolja in drugih dejavnikov, na primer materialni pogoji, razgledanost, poznavanje možnosti za zdrav način življenja in drugo (Hoyer, 2005).

Preko referenčnih ambulant je možna povezanost z zdravstveno vzgojnim centrom, kjer izvajajo Program svetovanja za zdravje, tako imenovane CINDI delavnice. Program CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention) je intervencijski program, preprečevanju in obvladovanju kroničnih bolezni. Izvajajo razne aktivnosti, ki so se izkazale za učinkovite v pristopih za visoko ogroženo prebivalstvo (Maučec Zakotnik, 2009).

Spreminjanje življenjskih navad je proces, ki je povezan z motivacijo, stališči, prepričanji, vrednotami in miselnimi vzorci, ki jih posameznik nosi s seboj iz zgodnjih otroških let, kar pomeni, da bi programe morali dopolniti s psihološko podporo udeležencem in jih časovno podaljšati (Štemberger Kolnik, 2011).

Efraimssonova, et al. (2011) opazajo, da je v zadnjih letih zdravstvena vzgoja in izobrazba medicinskih sester zelo napredovala. Povečano je zanimanje za kakovostno komunikacijo in obravnavo pacientov, s čimer se povečuje motivacija pacientov za spremembo življenjskega sloga v smeri bolj zdravega življenja.

2.3.2 Zdravstvena vzgoja in življenjski slog pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo

Kadar govorimo o življenjskem slogu, govorimo o stališčih in vrednotah pacientov ter o obnašanju in ravnanju pacientov na različnih področjih (Hoyer, 2005).

Za vzdrževanje pravilnega življenjskega sloga pacientov s KOPB je pomembna uravnotežena prehrana. Za korekcijo nedohranjenosti je potrebna visoko beljakovinska in visoko energijska prehrana. Energijske potrebe pri pacientih s KOPB se določajo individualno na podlagi ITM, prehranske ocene, pljučne funkcije in pridruženih bolezni, stanja prehranjenosti in stanja pacienta. Pacienti s KOPB imajo v povprečju 20 % - 50 % večje energijske potrebe kot zdravi vrstniki (Escott Stump, 2011).

Barnett (2008) pravi, da je ocena trenutnega stanja prehranjenosti pacientov osnova za individualno prilagojen prehranski nasvet in razlago individualno prilagojene diete. Kozina (2011), Kosten (2014) in Šuškovič (2010) poročajo, da mora biti izbira prehrane pestra iz vseh skupin živil, kot so sadje in zelenjava, meso, mlečni izdelki, žita in s kalcijem bogata živila. Kosten (2014) navaja, da se s prehranjevanjem z antioksidanti, ki se nahajajo v živilih, kot so brokoli, šparglji, korenje, cvetača, zelena solata, krompir, zmanjšuje vnetje bronhijev.

Prevelik vnos soli v telo lahko otežuje dihanje, ker zadržuje tekočino v telesu, zato je previdnost pri vnosu soli pomembna (Kozina, 2011; Kosten 2014). Omejen je tudi vnos kave in pravega čaja. Pri vsem tem pa je potrebna skrb za zadostno zaužitev količine vode preko celega dneva (Kozina, 2011). Pri nekaterih pacientih s KOPB je prisotno pomanjkanje apetita, zato Escott Stump (2011) in Šuškovič (2010) priporočata vzpostavitev rutine z rednimi obroki tudi do 6 ali več obrokov hrane na dan.

Prehrana je zelo pomembna, saj pacientom ohranja delovanje dihalnih mišic, pospeši celjenje ran, preprečuje okužbe pljuč, omili stranske učinke nekaterih zdravil in poveča telesno zmogljivost (Šuškovič, 2010). S tem se izboljša samopodoba in počutje pacientov (Kosten, 2014).

Pri obravnavi je pomembno tudi vzdrževanje primerne energijske porabe, ki se pri pacientih s KOPB določa individualno na podlagi telesne sestave, ITM in pljučne funkcije (Escott Stump, 2011). Pri vzdrževanju telesne sestave ni priporočljivo pretiravanje s telesno vadbo, ampak je pomembno zmanjševanje energijske porabe.

Zaradi kroničnega pomanjkanja kisika je energijska zaloga opazno zmanjšana. Telesne dejavnosti povzročijo pomanjkanje kisika v tkivih, kar vodi do njihove okvare. Dihalne mišice porabijo 100 % več energije v primerjavi z zdravo osebo, kar pomeni težavnejše dihanje (Šuškovič, 2010). Pacienti napredujejo, če vsak dan vadijo in počasi stopnjujejo telesne obremenitve za toliko, da niso utrujeni. Telesna vadba se izvaja v območju 60 do 90 odstotkov predvidene maksimalne srčne frekvence oz. 50 do 80 odstotkov maksimalne porabe kisika. Traja od 20 do 45 minut 3 do 4-krat tedensko. Priporoča se aktiviranje mišičnih skupin, ki se največ uporabljajo, saj je to trening za dihalne mišice. (Šuškovič, et al., 2011).

Za izboljšanje življenjskega sloga pacientov Radon (2011) navaja, da je možna respiratorna fizioterapija, ki se ukvarja z obolenji dihalnega sistema pljučnih pacientov. Namen je pomoč pri izkašljevanju in predihavanju pljuč, izboljšanje pljučne funkcije, povečanje telesne vzdržljivosti in mišične moči, zmanjšanje oteženega dihanja in povečanje funkcionalnih sposobnosti pacientov. Izvaja se pri pacientih, ki izkašljajo več kot 25 ml sputuma ali imajo atelektazo (Poglobljena informacija o ASTMI in KOPB, 2011). Zaradi okvare mukociliarnega aparata imajo pacienti s KOPB težave z izkašljevanjem bronhialnega sekreta. Z respiratorno fizioterapijo je mogočeno lažje izkašljevanje sekreta, s tem pa se zmanjša upor zračnemu toku v dihalnih poteh. Izmenjava plinov se izboljša in verjetnost okužb se zmanjša. Pacienti morajo pri fizioterapevtskih postopkih obvezno sodelovati (Radon, 2011).

Pomembna je skrb za bivalni prostor, zato se v stanovanju odsvetuje bivanje živali, ker živalske dlake dražijo bronhije. Pojav plesni preprečujemo z ohranjanjem primerne stopnje vlažnosti. Odsvetuje se uporaba čistil, ker so izredno dražeča za bronhije, še posebej v obliki razpršil. V neugodnih vremenskih razmerah (huda zunanja vročina z visoko vlažnostjo zraka ali zimska obdobja z dimasto onesnaženo meglo) se ni priporočljivo zadrževati izven bivalnega prostora. Prostor naj se ustrezno klimatizirajo s hlajenjem ali sušenjem zraka. V primeru pretiravanja enega ali drugega lahko pride do nasprotnega učinka (Šuškovič, 2011).

Pri bolezni KOPB je pomembno tudi izogibanje alergenom, s katerimi se telo srečuje v vsakodnevnem življenju ali pri poklicnem delu. V praksi je popolna odstranitev alergenov iz okolja nemogoča. Zmanjšanje izpostavljenosti je eden od ukrepov, ki ga je potrebno narediti pri zdravljenju KOPB. Ob veliki izpostavljenosti alergenom so močna proti alergijska zdravila skoraj brez učinka (Šuškovič, 2011).

Izogibanje okužb je ena od metod za ohranitev kakovostnega življenjskega sloga, s tem, da se večkratno razkužuje in umiva roke. Priporočljivo se je izogibati zaprtih prostorov, kjer je veliko ljudi. Priporočljivo je tudi cepljenje proti gripi (Poglobljena informacija o ASTMI in KOPB, 2011).

Pomembno je, da se v stanovanju ne kadi in da so pacienti seznanjeni o škodljivosti kajenja. Svetuje se jim popolna opustitev, načrt opuščanja kajenja s praktičnimi nasveti za socialno podporo in motivacijo. Priporočeno je zdravljenje s preparati nikotina, bupropiona ali vareniklina ter posredovanje gradiva s podatki o programih opuščanja kajenja (Kadivec, 2011).

Eden izmed terapevtskih ukrepov, ki podaljša preživetje in izboljša kakovost življenja za paciente, ki imajo v mirovanju in budnem stanju stalno delni tlak kisika v arterijski krvi pod 7,3 kPa, je trajno zdravljenje s kisikom na domu (TZKD). Študije so pokazale različne rezultate preživetja pacientov z uporabo TZKD ali brez. Pacienti poročajo o izboljšanem počutju in razpoloženju ter o olajšanem dihanju, vendar navezanost na vir kisika zmanjša mobilnost in poveča socialno izolacijo (Šifrer, 2011).

Na voljo je tudi kirurško zdravljenje KOPB. Pri pacientih z napredovalo KOPB in dobrim splošnim stanjem pride v poštev presaditev pljuč ali odstranitev dela pljuč. V tem primeru to velja za paciente z velikimi bulami. Odstranitev dela pljuč izboljša elastične lastnosti pljuč in s tem funkcijo preostalih pljuč (Poglobljena informacija o ASTMI in KOPB, 2011).

Rehabilitacija ima pomembno vlogo v procesu zdravljenja pacientov v vseh stadijih KOPB. Cilj rehabilitacije je doseči in vzdrževati čim večjo samostojnost pacientov in

njegovo vključevanje v družbo. Namen je izboljšati kakovost življenja, zmanjšanje simptomov in uspešnejše vključevanje v vsakodnevno aktivnost. Oblika rehabilitacije je odvisna od vsakega posameznika in je lahko hospitalna, ambulantna ali pa poteka doma. Razdeli se na telesno vadbo, edukacijo, psihosocialno obravnavo, prehranske nasvete in oceno uspešnosti. V program rehabilitacije se vključi vse paciente s KOPB, še posebno pa tiste, ki še vedno navajajo težave. Za učinkovito rehabilitacijo je pomembna tudi pacientova motivacija (Poglobljena informacija o ASTMI in KOPB, 2011).

Schermer, et al. (2008) trdijo, da imajo DMS velik pomen pri ohranitvi kakovostnega življenjskega sloga in da posvet z njimi vpliva na potek zdravljenja in spremembo njihovega razmišljanja. Pacientom svetujejo vključitev v delavnice in druge aktivnosti, ki spodbudijo paciente k aktivnemu in socialnemu življenju. Pri tem imajo veliko vlogo družina in sorodniki. Slapšak (2011) navaja, da imajo pacienti tudi možnost vključevanja v podporne delavnice pri spoprijemanju z depresijo (CINDI delavnice).

CINDI delavnice oziroma program Svetovanje za zdravje je načrtovan tako, da celostno vpliva na spremembo življenjskega sloga vsakega posameznika. Strukturiran je tako, da posameznik najprej vstopa v uvodni del programa, v katerem se udeleži treh krajših delavnic (Življenjski slog, Preizkus hoje na 2 km in Dejavniki tveganja), nato pa se glede na prisotne dejavnike tveganja, ogroženost in obolelost vključuje v nadaljnji del programa, ki zajema štiri daljše delavnice: Zdrava prehrana, Telesna dejavnost–gibanje, Zdravo hujšanje in Svetovanje za opuščanje kajenja. Na voljo je tudi delavnica Individualno svetovanje za opuščanje kajenja. Med udeleženci prihaja do velikih razlik v splošni izobrazbi ter predznanju o zdravem življenjskem slogu. Izvajalci kljub spoštovanju in empatiji do posameznika in njegovih težav pogosto čutijo, da jim primanjkuje znanja in veščin, kako paciente v dani situaciji motivirati, podpirati pri doseganju ciljev (prehrana, gibanje, vedenje) za bolj zdrav življenjski slog in jim pomagati vzdrževati doseženo spremembo (Slapšak, 2011). Motivacijski intervju je ena od metod, ki pripomore k izboljšanju zdravja pacientov s KOPB (Efraimsson, et al., 2011).

Ozdravitev KOPB ni možna, je pa možno vzdrževanje zdravja. Za KOPB je značilno vnetje bronhijev in z zdravili imenovanimi bronhodilatatorji oz. olajševalci lahko zmanjšamo to vnetje, saj širijo zožene sapnice in s tem zmanjšajo težko sapo med naporom. Njihov pomembni učinek je tudi to, da zmanjšujejo poslabšanje KOPB, ob redni in vsakodnevni uporabi. Uporaba bronhodilatatorjev je lahko različna. Pri vzdrževanju KOPB se večini pacientom odsvetuje uporaba glukokortikoida, saj nimajo nobenega učinka na zdravljenje, ampak lahko povzročijo še več težav. Prav tako se ne priporoča zdravil za olajševanje izkašljevanja, ker nimajo učinka, ter se ne sme uporabljati zdravil za miritev kašlja, saj ovirajo izkašljevanje sluzi. V zastali sluzi se lahko namnožijo bakterije in KOPB se s tem lahko poslabša. Predpisovanje zdravil je odvisno od vsakega pacienta posebej in njegovega zdravstvenega stanja (Šuškovič, 2011). Režim zdravljenja mora biti posebej prilagojen posameznemu pacientu, saj je povezava med resnostjo simptomov in stopnjo zmanjšanja pretoka zraka odvisna tudi od drugih dejavnikov, na primer pogostosti in resnosti poslabšanj bolezni, respiratorne odpovedi, sočasnih bolezni ter splošnega zdravstvenega stanja pacienta. Izbira zdravila je odvisna od njegove dostopnosti in pacientovega odziva nanj (Hurd, et al., 2011)

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je proučiti življenjski slog pacientov s KOPB, spremljanih v referenčnih ambulantah v zdravstvenih domovih Osnovnega zdravstva Gorenjske (OZG), in ugotoviti potrebe po spremembi življenjskega sloga z vidika pacientov in DMS.

CILJI:

1. Proučiti življenjski slog pacientov s KOPB.
2. Ugotoviti potrebe pacientov s KOPB po spremembi življenjskega sloga.
3. Ugotoviti mnenja DMS v referenčni ambulanti o življenjskem slogu pacientov s KOPB.
4. Ugotoviti mnenja DMS v referenčni ambulanti o potrebah po spremembi življenjskega sloga pacientov s KOPB.
5. Ugotoviti statistično pomembne razlike med mnenjem DMS in pacientov s KOPB o življenjskem slogu in potrebah po spremembah.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšno mnenje imajo pacienti s KOPB o lastnem življenjskem slogu?
2. Kakšne so potrebe pacientov po spremembi življenjskega sloga?
3. Kakšna so mnenja DMS v referenčni ambulanti o življenjskem slogu pacientov s KOPB?
4. Kakšno pomoč najpogosteje pričakujejo pacienti s KOPB pri spremembi življenjskega sloga v referenčni ambulanti?
5. Se mnenja o življenjskem slogu in potrebah po spremembah statistično pomembno razlikujejo med DMS in pacienti s KOPB?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na neeksperimentalni deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Za teoretični in empirični del smo pregledali domačo in tujo literature s področja KOPB. Pri tem smo uporabili tuje podatkovne baze (CINAHL, EBSCOhost, MEDLINE) in COBISS za iskanje slovenske literature. Uporabili smo splošne medmrežne iskalnike, kot so google, najdi.si, yahoo in pri tem dosledno upoštevali kriterije verodostojnosti vira in avtorja. Za iskanje literature smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku: diplomirana medicinska sestra, referenčna ambulanta, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), življenjski slog, motivacija. Ključne besede v angleškem jeziku so bile: bachelor of nursing (B.N.), chronicle obstructive pulmonary disease COPD, referral clinic, lifestyle, motivation.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo podatke zbirali s tehniko anketiranja v obliki dveh anonimnih strukturiranih vprašalnikov. Prvi je bil namenjen pacientom s KOPB, ki obiskujejo referenčne ambulante, in drugi DMS, zaposlenim v referenčni ambulanti. Sestavljena sta bila na osnovi pregleda domače in tuje literature: Efraimsson (2008), Istenič (2012), Jeruc (2008). Vprašalniki so bili razdeljeni v OZG v Zdravstvenem domu (ZD) Kranj, ZD Radovljica, ZD Jesenice, ZD Tržič in ZD Bled.

Vprašalnik, namenjen pacientom s KOPB, ki obiskujejo referenčno ambulanto, je bil sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop je vseboval vprašanja o demografskih in socialnih značilnostih (spol, starost, izobrazba, čas zdravljenja s KOPB in CAT vprašalnik, za pridobitev sistematičnih podatkov o bolezni). Drugi sklop je vseboval vprašanja o pacientovem življenjskem slogu. Način reševanja je bila 5 stopenjska Likertova lestvica 1 – 5, ki kaže stopnje strinjanja/nestrinjanja z danim stališčem (1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se/niti se ne strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam). Tematsko smo se osredotočili na pacientovo gibanje, prehrano in socialno življenje pred in po odkriti bolezni. Tretji sklop vprašanj je bil namenjen motivaciji in

potrebam po spremembi življenjskega sloga pacientov s KOPB. Na področjih prehrane, gibanja, razvad, vodenju bolezni in socialnem življenju smo paciente spraševali po potrebi informacij na določenem področju, začetno spodbudo in podporo, ter spodbudo in podporo pri vzdrževanju določene spremembe življenjskega sloga s strani DMS v referenčni ambulanti. Spraševali smo jih, kdo in kaj jih najbolj motivira/spodbuja pri izboljševanju svojega življenjskega sloga in kadilskem statusu, kot zadnje nas je zanimalo poznavanje in udeležba CINDI delavnic ter kje so pridobili največ informacij o KOPB ter kje so prvič slišali za referenčno ambulanto.

Drugi vprašalnik je bil namenjen DMS, zaposlenim v referenčni ambulanti. Sestavljen je bil iz treh sklopov. Prvi sklop se je nanašal na demografske podatke (spol, starost) in vprašanja o celotni delovni dobi in delovni dobi v referenčni ambulanti. Drugi sklop je vseboval vprašanja o mnenjih DMS o življenjskem slogu pacientov s KOPB, spremljenih v referenčni ambulanti. Vprašanja so bila istega tipa kot pri vprašalniku za paciente. Nanj so DMS odgovarjale glede na dosedanje anamneze pacientov in izkušenj pridobljenih na delovnem mestu. V tretjem sklopu so bila vprašanja o potrebah in motivaciji pacientov pri spremembi življenjskega sloga, enakega tipa kot pri pacientih s KOPB.

Tabela 1: Preverjanje zanesljivosti merskega inštrumenta pri pacientih in DMS

Vprašanja:	Cronbach Alfa	
	Pacienti N = 26	DMS N = 14
Pacienti imajo občutek, da je njihov način življenja slabši od njihovih vrstnikov.	0,956	0,500
Pacienti se ob odkriti KOPB bolj izogibajo družbi in socialnemu življenju.	0,865	0,904
Pacienti se zaradi KOPB počutijo osamljene in imajo negativne misli.	0,766	0,464

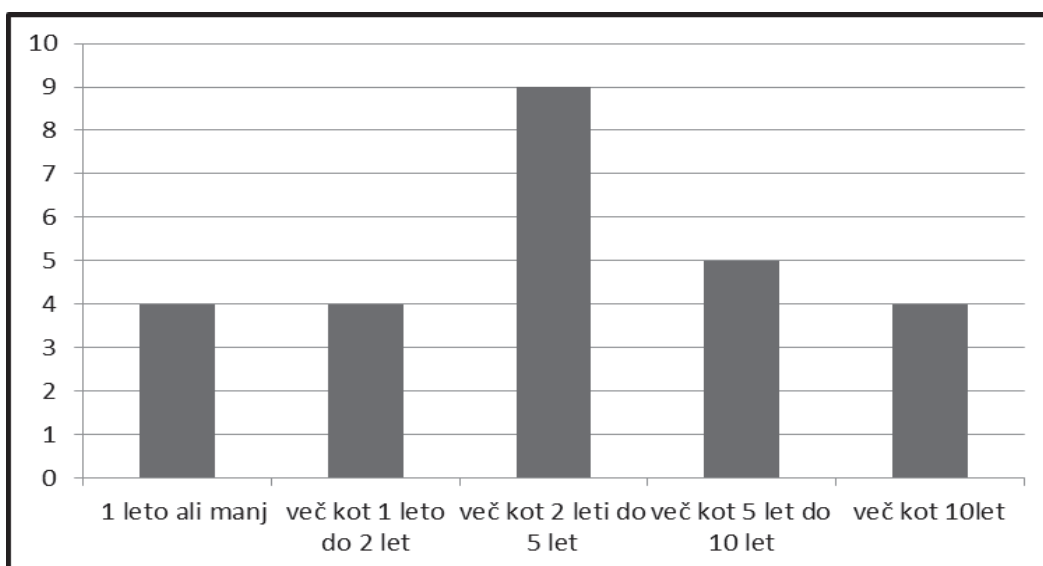
Nekaterim vprašanjem Likertovega tipa smo izračunali zanesljivost vzorca na podlagi koeficienta Cronbach alfa, ki je presegal vrednost 0,8, kar v strokovni literaturi predstavlja dobro zanesljivost vzorca. Pri anketah, ki so jih izpolnjevale DMS je vzorec

majhne, skoraj da premajhen za izračun zanesljivosti, vendar podatki predstavljajo še vedno dobro zanesljivost vzorca.

3.3.3 Opis vzorca

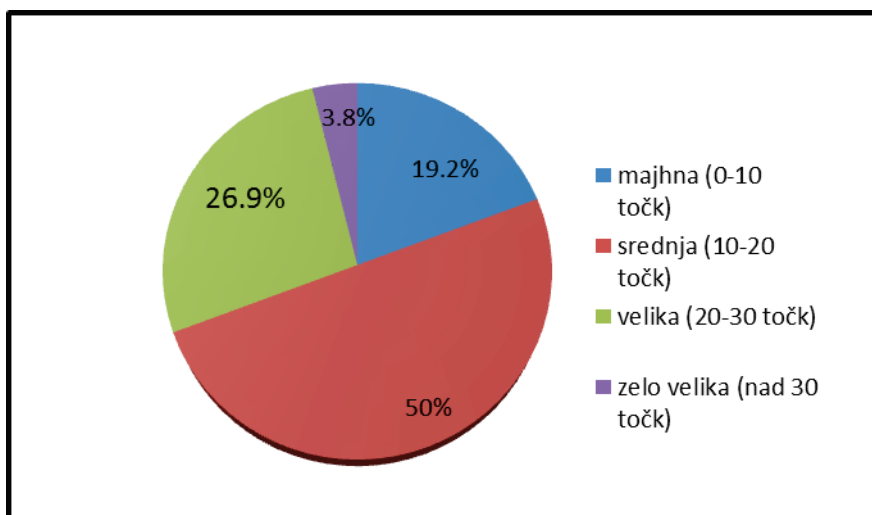
Vzorec je bil neslučajnostni in namenski. Zajemal je DMS in paciente s KOPB spremljane v referenčnih ambulantah OZG v ZD Kranj, ZD Jesenice, ZD Bled, ZD Tržič in ZD Radovljica. Pacientom smo razdelili 70 vprašalnikov. Vrnjenih smo dobili 26 vprašalnikov, kar pomeni 32,5 % realizacijo vzorca. 11 pacientov (44 %), je bilo ženskega in 14 (56 %) moškega spola. Starost pri 15 pacientih (57,7 %) je bila nad 60 let. Največ 16 pacientov (61,5 %) je imelo dokončano srednješolsko izobrazbo, 8 (30,8 %) jih je imelo dokončano osnovnošolsko izobrazbo, visokošolsko ali univerzitetno izobrazbo pa sta imela 2 (7,7 %) pacienta. Nihče ni dokončal magisterija ali doktorata.

Slika 1 prikazuje, koliko časa se pacienti zdravijo za KOPB. 1 leto in manj se zdravijo 4 (15,4 %) pacienti. Prav tako se 4 (15,4 %) pacienti zdravijo več kot 1 leto in manj od 2 let. Od 2 do vključno 5 let se zdravi 9 (34,6 %) pacientov, od 5 do 10 let 5 (19,2 %) pacientov. 4 (15,4 %) pacienti pa se zdravijo 10 in več let.



Slika 1: Časovno obdobje zdravljenja pacientov s KOPB

Slika 2 prikazuje rezultate CAT vprašalnika, ki so ga izpolnjevali pacienti. Oceno od 0 do 10 točk ima 5 (19,2 %) pacientov in je najmanjši vpliv KOPB. Ocena med 10 in 20 točkami je doseglo 13 pacientov (50,0 %). 20 in 30 točk ima 7 (26,9 %) pacientov, več kot 30 točk dosega samo 1 (3,8 %) pacient.



Slika 2: Stopnja vpliva KOPB na življenjski slog pacientov samo glede na vprašalnik CAT (N = 26)

Od razdeljenih 20 vprašalnikov DMS v referenčnih ambulantah, smo dobili 14 vrnjenih vprašalnikov, kar pomeni 70 % realizacijo vzorca. Tabela 2 kaže, da je bilo 13 (92,9 %) zaposlenih ženskega spola in 1 (7,1 %) predstavnik moškega spola. 5 (35,7 %) zaposlenih je bilo starih med 20 do 40 let, 8 (57,1 %) zaposlenih je bilo starih od 41 do 50 let in 1 (7,1 %) predstavnik med 51 in 60 let.

Večino zaposlenih (n = 8; 57,1 %) je imelo med 21 do 30 let delovne dobe. 2 in več let delovne dobe v referenčni ambulanti je imelo 10 (71,4 %) zaposlenih, 2 (14,3 %) zaposlena od 1 do 2 leti in 2 (14,3 %) zaposlena imata do pol leta delovne dobe v referenčni ambulanti.

Tabela 2: Demografski in socialno demografski podatki anketirancev

	DMS N = 14		Pacienti N = 26	
	Frekvenca	Odstotek	Frekvenca	Odstotek
Spol:				
Ženski	13	92,9 %	11	44 %
Moški	1	7,1 %	14	56 %
Starost:				
Od 20 do 40 let	5	35,7 %	0	0,0 %
Od 41 do 50 let	8	57,2 %	2	7,7 %
Od 51 do 60 let	1	7,1 %	9	34,6 %
Nad 60 let	0	0,0 %	15	57,7 %
Stopnja izobrazbenosti:				
Osnovnošolska izobrazba			8	30,8 %
Srednješolska izobrazba			16	61,5 %
Visokošolska ali univerzitetna izobrazba			2	7,7 %
Magisterij ali doktorat			0	0,0 %
Delovna doba:				
0 – 5 let	1	7,1 %		
6 – 10 let	1	7,1 %		
11 – 15 let	2	14,3 %		
16 – 20 let	1	7,1 %		
21 – 30 let	8	57,3 %		
31 in več let	1	7,1 %		
Delovna doba v referenčni ambulanti:				
0 – 6 mesecev	2	14,3 %		
7 – 12 mesecev	0	0 %		
1 – 2 let	2	14,3 %		
2 in več let	10	71,4 %		

Legenda: DMS = diplomirane medicinske sestre; N = število enot v populaciji.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje Komisije republike Slovenije za medicinsko etiko ter odobritev raziskave v posameznih ZD OZG. Raziskava je potekala od meseca februarja do maja leta 2015 v že omenjenih ZD OZG. Rezultati so bili namenjeni samo za raziskavo v okviru diplomske naloge. Vsi udeleženi so bili seznanjeni z namenom raziskave ter z anonimnostjo podatkov.

Podatke o pacientih smo zbirali s pomočjo DMS v referenčnih ambulantah. Po predhodnem dogovoru z glavnimi medicinskimi sestrami v ZD smo vzpostavili kontakt z eno od DMS v referenčni ambulanti. Ta je vprašalnike za DMS in paciente razdelila

DMS, ki so anketirale tudi paciente s KOPB. Izpolnjene vprašalnike smo prevzeli osebno ali po pošti. V ZD Jesenice nismo izvedli raziskave, ker v referenčni ambulanti ne spremljajo pacientov s KOPB, ampak jih obravnavajo in vodijo v pulmološki ambulanti.

Pridobljeni podatki so bili obdelani v programu Microsoft Office Excel 2010 in s programskim orodjem za sistematično obdelavo podatkov v programu IBM SPSS 21. Demografske podatke smo obdelali z deskriptivno statistiko. Za statistične spremenljivke smo izračunali frekvence, odstotke, mere srednje vrednosti (aritmetično sredino) in razpršenost (standardni odklon). Statistično pomembne razlike med vzorcem pacientov in DMS smo ugotavljali preko neparametrične analize dveh neodvisnih vzorcev pri 5 % tveganju z uporabo Mann Whitney U-testa; statistično značilnost je predstavljala p vrednost $\leq 0,05$. Podatki so predstavljeni s pomočjo tabel in slik.

3.4 REZULTATI

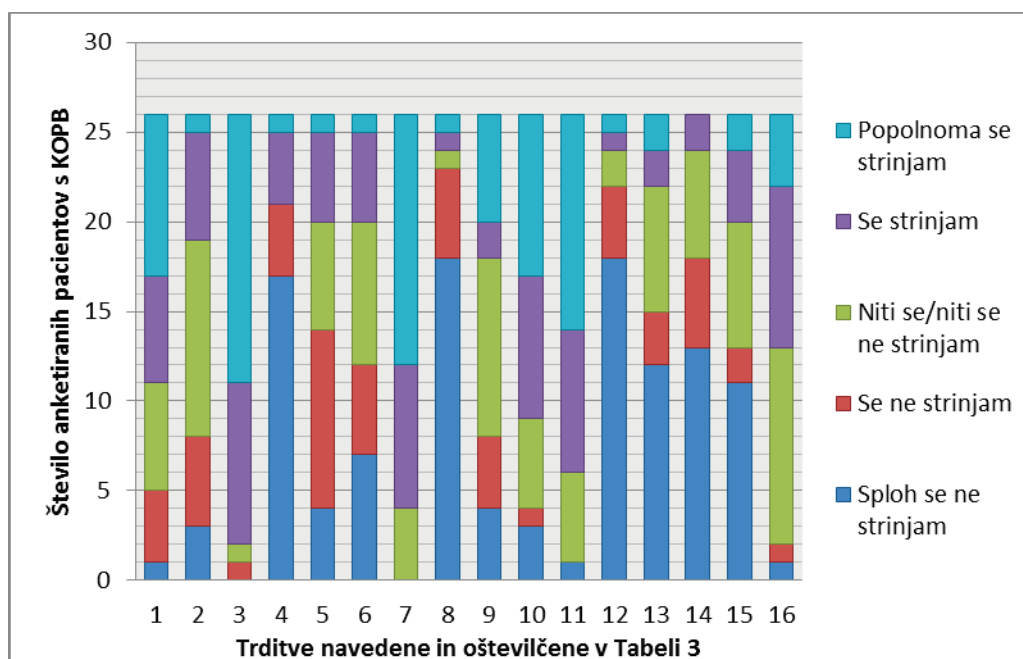
V drugem sklopu vprašalnika nas je zanimalo, kakšno mnenje so imeli pacienti s KOPB in DMS v referenčnih ambulantah o življenjskem slogu pacientov s KOPB. Trditve so ocenjevali po Likertovi pet stopenjski lestvici. Rezultati so prikazani v tabeli 3.

Tabela 3: Mnenje pacientov in DMS o življenjskem slogu in svetovanju pacientom s KOPB v referenčni ambulanti

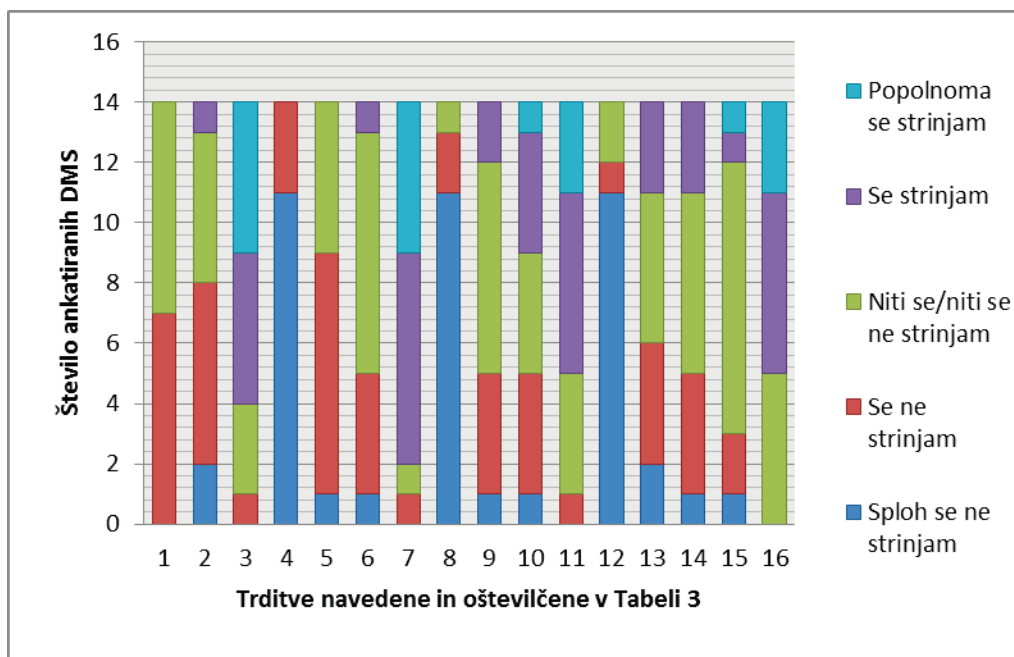
	Pacienti N = 26		DMS N = 14		p
	PV	± SD	PV	± SD	
1. Pred odkrito KOPB so bili pacienti dovolj gibalno aktivni	3,6	1,20	2,5	0,52	0,002
2. Ob odkriti KOPB so pacienti samoiniciativno postali bolj gibalno aktivni	2,7	0,97	2,4	0,84	0,093
3. DMS v referenčni ambulanti paciente spodbujajo k večji gibalni aktivnosti	4,3	0,89	4,0	0,96	0,091
4. V referenčni ambulanti pacienti niso bili deležni svetovanja o gibanju	1,8	1,30	1,2	0,42	0,268
5. Pred odkrito KOPB so se pacienti zdravo prehranjevali	2,5	1,17	2,3	0,61	0,488
6. Ob odkriti KOPB so samoiniciativno spremenili prehrano in jo prilagodili bolezni	2,5	1,21	2,6	0,74	0,767

	Pacienti N = 26		DMS N = 14		p
	PV	± SD	PV	± SD	
7. DMS v referenčni ambulanti spodbujajo paciente k bolj zdravemu načinu prehranjevanja	4,4	0,75	4,1	0,86	0,369
8. V referenčni ambulanti pacienti niso bili deležni svetovanja o prehranjevanju	1,6	1,02	1,3	0,61	0,503
9. Pacienti so pred odkritu KOPB prezračevali stanovanja, se izogibali smogu, dišavam in vlagi	2,9	1,26	2,7	0,82	0,422
10. Ob odkritu KOPB so samoiniciativno postali pozorni na zrak v stanovanju, prezračevanje itd.	3,7	1,31	3,0	1,10	0,050
11. DMS v referenčni ambulanti spodbujajo paciente k večji pozornosti na čistočo zraka v stanovanju, prezračevanju	4,0	1,00	3,8	0,89	0,154
12. V referenčni ambulanti pacienti niso bili deležni svetovanja o pomenu prezračevanja in čistoči zraka	1,6	1,10	1,4	0,74	0,539
13. Po odkritu KOPB se pacienti bolj izogibajo družbi in socialnemu življenju	2,3	1,30	2,6	1,00	0,179
14. Pacienti se zaradi KOPB počutijo večkrat osamljeni in imajo negativne misli	1,9	1,00	2,7	0,91	0,010
15. Pacienti imajo občutek, da je njihov življenjski slog zaradi KOPB slabši od njihovih vrstnikov	2,5	1,36	2,9	0,90	0,200
16. Pacienti imajo občutek, da s pomočjo DMS v referenčni ambulanti lažje sprejemajo spremenjen življenjski slog	3,5	0,90	3,9	0,83	0,325

Legenda: DMS = diplomirane medicinske sestre; N = število enot v populaciji; PV = povprečna vrednost; SD = standardni deviacija; p = statistična značilnost; Lestvica: 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se/niti se ne strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam, uporabljen Mann Whitney U-test.



Slika 3: Prikaz števila anketiranih pacientov s KOPB na vprašanja v Tabeli 3



Slika 4: Prikaz števila anketiranih DMS v referenčni ambulanti na vprašanja v Tabeli 3

S trditvijo »Pred odkrito KOPB so bili pacienti dovolj gibalno aktivni« so se pacienti bolj strinjali (PV = 3,6; SD = 1,2) od DMS (PV = 2,5; SD = 0,52). 34,6 % pacientov se s trditvijo popolnoma strinja. V skupini DMS se s trditvijo ne strinja 50 % anketiranih, 50 % je neopredeljenih. Razlika v strinjanju med pacienti in DMS je statistično značilna ($p = 0,002$).

Trditev »DMS v referenčni ambulanti spodbujajo paciente k večji gibalni aktivnosti« je večina anketiranih potrdila. Rezultati kažejo, da se s trditvijo strinjajo tako pacienti (PV = 4,3; SD = 0,89) kot tudi DMS (PV = 4,0; SD = 0,96). V trditvi ni statistično pomembne razlike med mnenji pacientov in DMS.

S trditvijo »V referenčni ambulanti pacienti niso bili deležni svetovanja o gibanju« se niso strinjali tako pacienti (PV = 1,8; SD = 1,3) kot tudi DMS (PV = 1,2; SD = 0,42). Pri tem je 65,4 % pacientov in 78,6 % DMS odgovorilo, da se popolnoma ne strinjajo s trditvijo.

S trditvijo »DMS v referenčni ambulanti spodbujajo paciente k bolj zdravemu načinu prehrane« se obe skupini 50 % pacientov (PV = 4,4; SD = 0,75) in 53,8 % DMS (PV = 4,1; SD = 0,86) strinjata.

»V referenčni ambulanti pacienti niso bili deležni svetovanja o prehranjevanju« je trditev, s katero se niso strinjali niti pacienti (PV = 1,6; SD = 1,02) niti DMS (PV = 1,3; SD = 0,61). 69,2 % pacientov se s trditvijo ne strinja, enakega mnenja je 78,6 % DMS.

Trditev »Ob novo odkriti KOPB so pacienti samoiniciativno postali pozorni na čistočo zraka v stanovanju, prezračevanje itd.« so pacienti potrdili (PV = 3,7; SD = 1,3), medtem ko DMS ostajajo neopredeljene (PV = 3,0; SD = 1,10). 34,6 % pacientov se s trditvijo popolnoma strinja, 30,8 % se jih strinja in 19,2 % je neopredeljenih. DMS je neopredeljenih 28,6 %, 35,7 % se jih ne strinja in 35,7 % se jih strinja s trditvijo. Med mnenji pacientov in DMS obstaja statistično značilna razlika ($p = 0,05$).

S trditvijo »DMS v referenčni ambulanti spodbujajo paciente k večji pozornosti na zrak v stanovanju, prezračevanju itd.« se obe skupini strinjata. 46,2 % pacientov se popolnoma strinja (PV = 4,0; SD = 1,0; N = 25); 42,9 % DMS (PV = 3,8; SD = 0,89) se strinja in 21,4 % se popolnoma strinja s trditvijo.

S trditvijo »V referenčni ambulanti pacienti niso bili deležni svetovanja o pomenu prezračevanja in zraka v njihovem stanovanju« se 69,2 % pacientov ne strinja (PV = 1,6; SD = 1,1). Prav tako se ne strinja 78,6 % DMS (PV = 1,4; SD = 0,74).

S trditvijo »Po odkriti KOPB se pacienti bolj izogibajo družbi in socialnemu življenju« se ne strinja oz. je neopredeljenih 46,2 % pacientov (PV = 2,3; SD = 1,3), prav tako se ne strinja oz. je neopredeljenih 35,7 % DMS (PV = 2,6; SD = 1,0). 46,2 % pacientov in 42,9 % DMS je odgovorilo: »Sploh se ne strinjam«.

S trditvijo »Pacienti se zaradi KOPB počutijo večkrat osamljeni in imajo negativne misli« se pacienti ne strinjajo (PV = 1,9; SD = 1,0). DMS se do trditve ne opredelijo (PV = 2,7; SD = 0,9). S trditvijo se ne strinja 69,1 % pacientov in 7,1 % DMS. 23,1 %

pacientov in 21,4 % DMS je neopredeljenih. S trditvijo se strinja 7,7 % pacientov in 21,4% DMS. Empirična analiza je pokazala statistično značilno razliko med mnenji pacientov in DMS ($p = 0.010$).

»Pacienti imajo občutek, da je njihov življenjski slog zaradi KOPB slabši od njihovih vrstnikov« je trditev, kjer so pacienti s KOPB ($PV = 2,5$; $SD = 1,36$) in DMS ($PV = 2,9$; $SD = 0,9$) nasprotnega mnenja oz. glede na povprečno vrednost neopredeljeni. Skupno se s trditvijo 50,0 % pacientov ne strinja, 23,1 % se strinja, 26,9 % je neopredeljenih. Med DMS je 64,3 % neopredeljenih.

Z zadnjo trditvijo »Pacienti imajo občutek, da s pomočjo DMS v referenčni ambulanti lažje sprejemajo spremenjen življenjski slog« se strinjata obe skupini, tako pacienti ($PV = 3,5$; $SD = 0,9$) kot tudi DMS ($PV = 3,9$; $SD = 0,8$). Pri tem je 42,3 % pacientov in 35,7 % DMS neopredeljenih. 50,0 % pacientov in 64,3 % DMS se strinja in 7,6 % pacientov se ne strinja s trditvijo.

V tabeli 4 smo predstavili mnenje DMS in pacientov v referenčni ambulanti o opuščanju kajenja.

Tabela 4: Mnenje DMS in pacientov v referenčni ambulanti o opuščanju kajenja

	Pacienti N = 24 (93,3 %)		DMS N = 6 (42,9 %)	
	Frekvenca	Odstotek (%)	Frekvenca	Odstotek (%)
Pacienti so ob odkriti KOPB samoiniciativno zmanjšali število pokajenih cigaret	5	20,8 %	0	0,0 %
Pacienti so ob odkriti KOPB samoiniciativno prenehali s kajenjem	2	8,3 %	0	0,0 %
DMS v referenčni ambulanti so pacientom pomagale zmanjšati število pokajenih cigaret	5	20,8 %	3	50,0 %
DMS v referenčni ambulanti so pacientom pomagale prenehati s kajenjem	2	8,3 %	0	0,0 %
Pacienti niso spremenili kadilskih navad	7	29,2 %	2	33,3 %
Pacienti niso bili deležni svetovanja o opuščanju kajenja s strani DMS v referenčni ambulanti	0	0,0 %	0	0,0 %
Pacienti so kajenje opustili že pred odkrito KOPB	3	12,6 %	1	16,7 %

Legenda: DMS = diplomirane medicinske sestre; N = število enot v populaciji.

Rezultati so pokazali, da je na vprašanje, ki je zahtevalo odgovore od tistih anketirancev, ki kadijo oz. so kadili, odgovorilo 24 (93,3 %) anketiranih pacientov. Od tega je 7 (29,2 %) pacientov in 2 (33,3 %) DMS odgovorilo, da »Pacienti niso spremenili kadilskih navad«. 5 (20,8 %) pacientov in 3 (50 %) DMS se strinjajo s trditvijo, da so »DMS v referenčni ambulanti pacientom pomagale zmanjšati število pokajenih cigaret«.

5 (20,8 %) pacientov meni, da so ob odkriti KOPB samoiniciativno zmanjšali število pokajenih cigaret. S to trditvijo se ni strinjala nobena DMS. Prav tako s trditvijo »DMS v referenčni ambulanti so pacientom pomagale prenehati s kajenjem« in »Pacienti so ob odkriti KOPB samoiniciativno prenehali s kajenjem«.

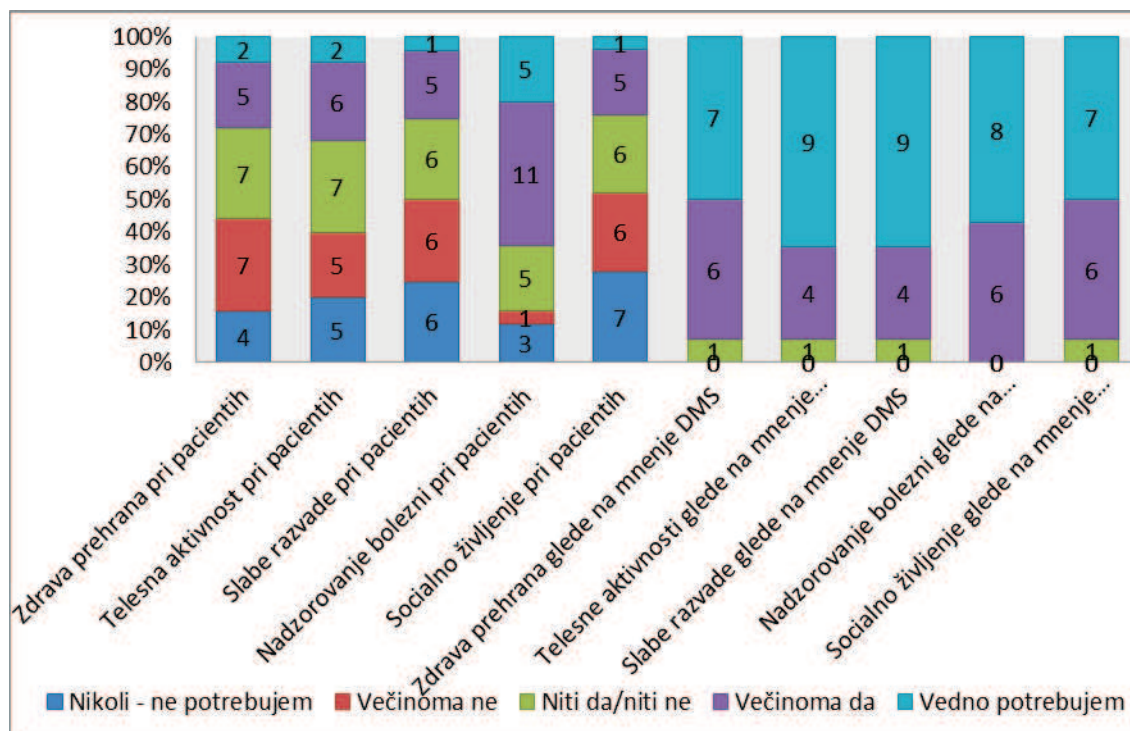
V tretjem sklopu vprašalnika so nas zanimala mnenja DMS in mnenja pacientov o potrebah pacientov s KOPB po informacijah, podpori, potrebah, vzdrževanju in motivaciji za spremembo življenjskega sloga.

Rezultati, ki prikazujejo potrebe pacientov po informacijah o zdravem življenjskem slogu, so navedeni v tabeli št. 5.

Tabela 5: Mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po informacijah o zdravem življenjskem slogu

	Pacienti		DMS		p
	PV	± SD	PV	± SD	
O zdravi prehrani	2,72	1,21	4,43	0,65	0,001
O telesni aktivnosti	2,68	1,28	4,57	0,64	0,001
O škodljivosti razvad in zasvojenosti (kajenje, alkohol ...)	2,52	1,26	4,57	0,64	0,001
O vodenju in nadzoru stanja bolezni	3,56	1,19	4,57	0,51	0,004
O vplivu bolezni na psiho/socialno življenje (osamljenost, stres, depresija)	2,48	1,19	4,43	0,64	0,001

Legenda: DMS = diplomirane medicinske sestre; N = število enot v populaciji; PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = statistična značilnost; Lestvica: 1 - nikoli (ne potrebujem), 2 – večinoma ne, 3 – niti da/niti ne, 4 – večinoma da, 5 – vedno (potrebujem), uporabljen Mann Whitney U-test.



Slika 5: Deleži mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po informacijah o zdravem življenjskem slogu

O potrebah po informacijah na področju »Zdrave prehrane« je 25 pacientov odgovorilo, da ne potrebujejo oz. niti da/niti ne potrebujejo informacij ($PV = 2,72$; $SD = 1,21$). Nasprotnega mnenja so DMS ($PV = 4,43$; $SD = 0,65$). 44,0 % pacientov ne potrebuje informacij na tem področju. 28,0 % je neopredeljenih in 28,0 potrebuje največ informacij. Rezultati kažejo, da je 92,9 % DMS mnenja, da pacienti potrebujejo informacije. 7,1 % DMS je neopredeljenih. Razlika med mnenji DMS in pacienti je statistično pomembno različna na vseh izpostavljenih področjih ($p = 0,001$).

Na področju »telesne aktivnosti« so pacienti neopredeljeni ($PV = 2,68$; $SD = 1,28$). Neopredeljenih je 28 % pacientov. 63,3 % DMS meni, da pacienti potrebujejo informacije o pomenu telesne aktivnosti ($PV = 4,57$; $SD = 0,64$). Ugotovili smo statistično značilno razliko med odgovori obeh skupin ($p = 0,001$).

Na področju potreb po informacijah o »škodljivih razvad in zasvojenosti (kajenje, alkohol ...)« so pacienti neopredeljeni ($PV = 2,52$; $SD = 1,26$). Nasprotno menijo DMS

(PV = 4,45; SD = 0,64). Razlika med mnenji skupin je statistično pomembna ($p = 0,001$).

Glede potreb po informacijah o »Vodenju in nadzorovanju stanja bolezni« je 20 % pacientov neopredeljenih, 64 % potrebuje informacije pri spremljanju in nadzorovanju stanja bolezni (PV = 3,56; SD = 1,19). DMS menijo, da pacienti vedno potrebujejo informacije pri spremljanju in nadzorovanju stanja bolezni (PV = 4,57; SD = 0,51). Ugotovili smo statistično značilno razliko med odgovori obeh skupin ($p = 0,004$).

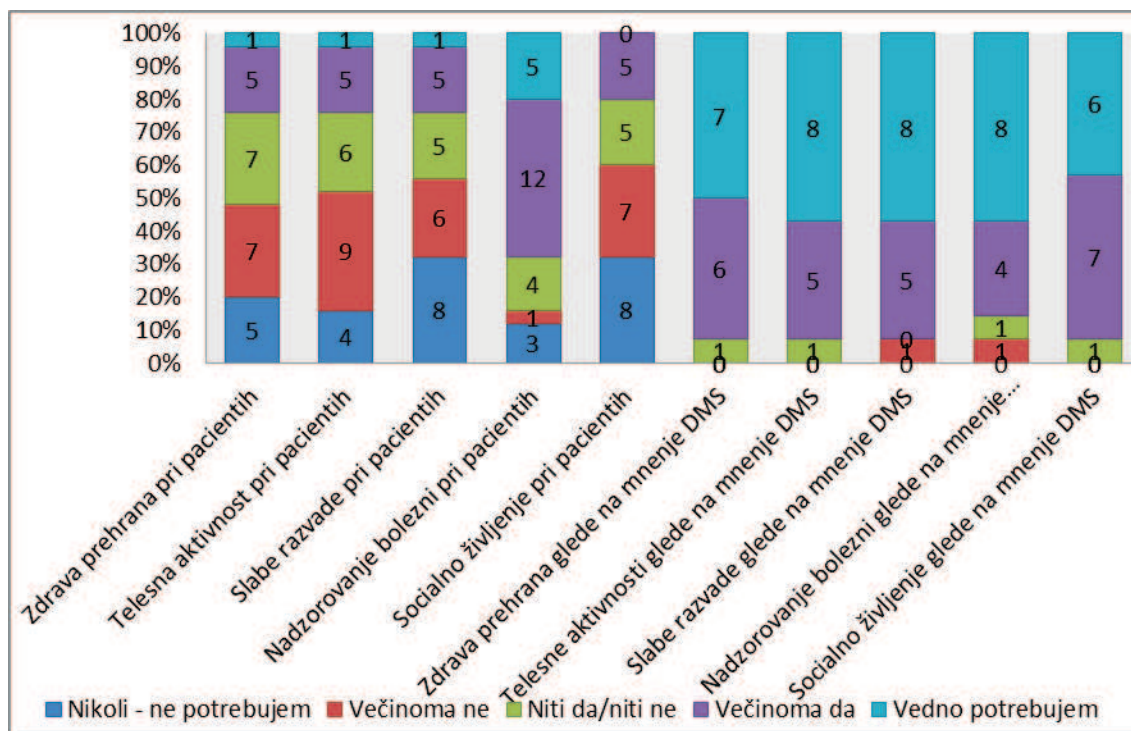
Na področju informiranja o »vplivu bolezni na psiho/socialno življenje (osamljenost, stres, depresija)« je večina pacientov neopredeljenih (PV = 2,48; SD = 1,19). V skupini DMS so odgovorili, da pacienti potrebujejo informacije na tem področju (PV = 4,43; SD = 0,64). Razlika med mnenji skupin je statistično pomembna ($p = 0,001$).

Tabela 6 prikazuje mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po začetni podpori v spreminjanju življenjskega sloga.

Tabela 6: Mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po začetni podpori usmeritve v zdrav življenjski slog

	Pacienti		DMS		p
	PV	± SD	PV	± SD	
O zdravi prehrani	2,60	1,15	4,42	0,64	0,001
O telesni aktivnosti	2,56	1,08	4,50	0,65	0,001
O škodljivosti razvad in zasvojenosti (kajenje, alkohol ...)	2,44	1,29	4,42	0,85	0,001
O vodenju in nadzorovanju stanja bolezni	3,64	1,22	4,36	0,93	0,029
O vplivu bolezni na psiho/socialno življenje (osamljenost, stres, depresija)	2,32	1,10	4,35	0,63	0,001

Legenda: DMS = diplomirane medicinske sestre; N = število enot v populaciji; PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = statistična značilnost; Lestvica: 1 - nikoli (ne potrebujem), 2 – večinoma ne, 3 – niti da/niti ne, 4 – večinoma da, 5 – vedno (potrebujem), uporabljen Mann Whitney U-test.



Slika 6: Deleži mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po začetni podpori usmeritve v zdrav življenjski slog glede

Na področju »zdrave prehrane« 48 % pacientov meni, da ne potrebujejo začetne podpore v spreminjanju prehranskih navad. 28 % je neopredeljenih ($PV = 2,60$; $SD = 1,15$). Ostalih 24 % pacientov meni, da začetno podporo potrebujejo. DMS menijo, da pacienti na tem področju potrebujejo začetno podporo ($PV = 4,42$; $SD = 0,64$). Razlika med mnenji skupin pacientov in DMS je statistično pomembna ($p = 0,001$).

Pri »telesni aktivnosti« pacienti menijo, da ne potrebujejo začetne podpore v spreminjanju telesnih aktivnosti ($PV = 2,56$; $SD = 1,08$), nasprotnega mnenja so DMS ($PV = 4,50$; $SD = 0,65$). Razlika med mnenji skupin pacientov in DMS je statistično pomembna ($p = 0,001$).

Na področju »škodljivosti razvad in zasvojenosti« so pacienti mnenja, da ne potrebujejo začetne podpore pri opuščanju razvad ($PV = 2,44$; $SD = 1,29$), ki pa je nasprotno od mnenja DMS ($PV = 4,42$; $SD = 0,85$). Razlika med mnenji skupin pacientov in DMS je statistično pomembna ($p = 0,001$).

Na področju »vodenja in nadzorovanja stanja bolezni« 68 % pacientov potrebuje začetno podporo. 16 % je neopredeljenih, prav toliko jih ne potrebuje začetne podpore na tem področju (PV = 3,64; SD = 1,22). DMS menijo, da pacienti na tem področju potrebujejo začetno podporo (PV = 4,36; SD = 0,93). Razlika med odgovori je statistično značilna ($p = 0,029$).

Na področju »psiho/socialnega življenja (osamljenost, stres, depresija)« so pacienti mnenja, da ne potrebujejo začetne podpore v obvladovanju težav, povezanih s stresom in depresijo (PV = 2,32; SD = 1,10). Nasprotnega mnenja so DMS (PV = 4,35; SD = 0,63). Razlika med mnenji skupin pacientov in DMS je statistično pomembna ($p = 0,001$).

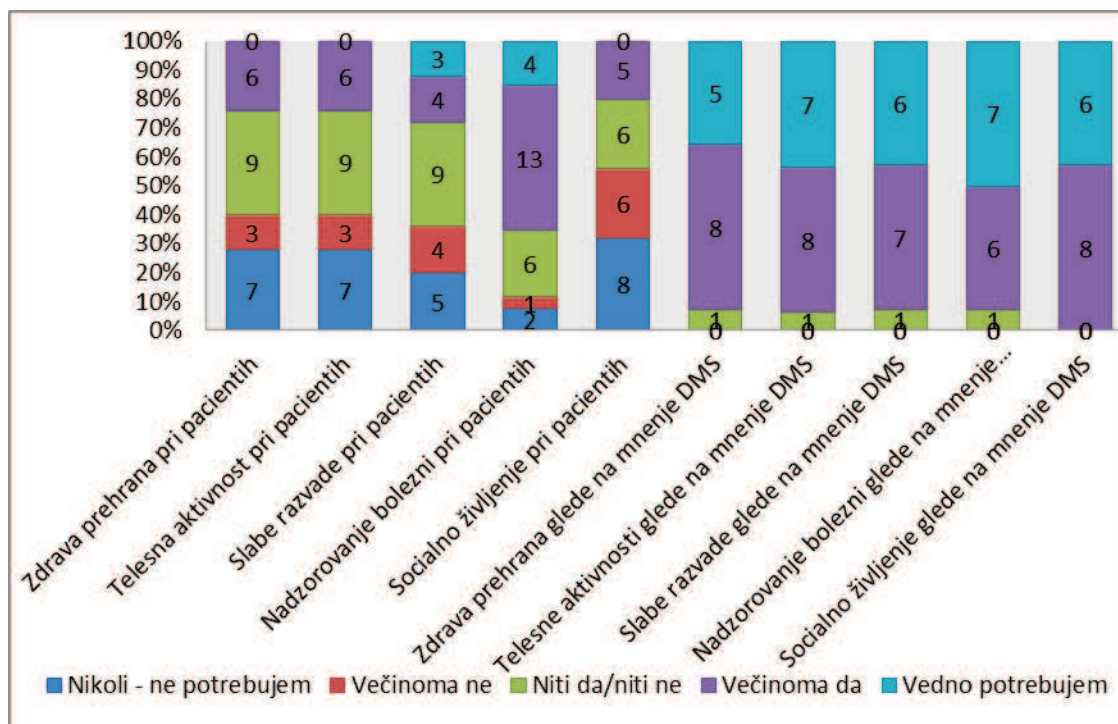
V tabeli 7 so razvidni rezultati mnenj pacientov in DMS o potrebah pacientov po podpori vzdrževanja zdravega življenjskega sloga.

Tabela 7: Mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po podpori vzdrževanja zdravega življenjskega sloga

	Pacienti			DMS			p
	PV	±	SD	PV	±	SD	
O zdravi prehrani	2,40		1,15	4,29		0,61	0,001
O telesni aktivnosti	2,48		1,12	4,43		0,65	0,001
O škodljivosti razvad in zasvojenosti (kajenje, alkohol ...)	2,84		1,28	4,36		0,63	0,001
O vodenju in nadzorovanju stanja bolezni	3,64		1,08	4,43		0,65	0,010
O vplivu bolezni na psiho/socialno življenje (osamljenost, stres, depresija)	2,40		1,08	4,43		0,51	0,001

Legenda: DMS = diplomirane medicinske sestre; N = število enot v populaciji; PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = statistična značilnost; Lestvica: 1 - nikoli (ne potrebujem), 2 – večinoma ne, 3 – niti da/niti ne, 4 – večinoma da, 5 – vedno (potrebujem), uporabljen Mann Whitney U-test.

Na področju »zdrave prehrane« so pacienti mnenja, da ne potrebujejo podpore pri vzdrževanju zdravih prehranskih navad oz. so neopredeljeni (PV = 2,40; SD = 1,08). Nasprotno pa menijo DMS (PV = 4,29; SD = 0,61), da podporo pacienti potrebujejo. Razlike med mnenji skupin pacientov in DMS so statistično pomembne ($p = 0,001$).



Slika 7: Deleži mnenja pacientov in DMS o potrebah pacientov po podpori vzdrževanja zdravega življenjskega sloga

Na področju »telesne aktivnosti« so pacienti mnenja, da ne potrebujejo podpore pri vzdrževanju redne telesne aktivnosti ($PV = 2,48$; $SD = 1,12$). Nasprotno menijo DMS ($PV = 4,43$; $SD = 0,65$). Razlika med mnenji skupin pacientov in DMS je statistično pomembna ($p = 0,001$).

Na področju »škodljivosti razvad in zasvojenosti (kajenje, alkohol ...)« 32 % pacientov ne potrebuje podpore ($PV = 2,84$; $SD = 1,28$). DMS ($PV = 4,36$; $SD = 0,63$) menijo, da bo večina vedno potrebovala podporo pri omejevanju razvad ali opuščanju zasvojenosti. Razlika med mnenji skupin pacientov in DMS je statistično pomembna ($p = 0,001$).

Na področju »vodenja in nadzorovanja stanja bolezni« je 65,4 % pacientov mnenja, da bodo potrebovali pomoč pri vzdrževanju nadzora bolezni ($PV = 3,64$; $SD = 1,08$). 23,1 % je neopredeljenih in 11,5 % jih meni, da ne bodo potrebovali podpore. Prav tako so DMS mnenja, da pacienti večinoma potrebujejo podporo pri vzdrževanju na tem področju ($PV = 4,43$; $SD = 0,65$). Razlika med mnenji skupin pacientov in DMS je statistično pomembna ($p = 0,001$).

Na področju »vpliva bolezni na psiho/socialno življenje (osamljenost, stres, depresija)« pacienti menijo, da podpora ni potrebna ($PV = 2,40$; $SD = 1,08$). Nasprotno je pri DMS ($PV = 4,43$; $SD = 0,51$). 57,1 % DMS je mnenja, da potrebujejo, in 42,9 % DMS, da pacienti vedno potrebujejo podporo na tem področju, kar je skupno 100 %. Razlika med mnenji skupin je statistično pomembna ($p = 0,001$).

V tabeli 8 smo spraševali za mnenje paciente in DMS o tem, kdo oz. kaj jih najbolj motivira pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga.

Tabela 8: Mnenje pacientov in DMS, kdo oz. kaj najbolj motivira paciente pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga

	Pacienti		DMS		p
	PV	± SD	PV	± SD	
Družina in sorodniki	3,84	1,37	4,00	0,67	0,746
Prijatelji	3,24	1,45	3,43	0,85	0,453
Osebni ali družinski zdravnik	3,64	1,19	4,00	0,96	0,487
Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti	4,08	1,08	3,86	0,95	0,283
Skupinski programi CINDI	1,76	1,13	3,07	1,21	0,003
Uspešno vodenje in nadzorovanje bolezni	3,60	1,29	3,86	1,09	0,357
Vzdrževanje dosedanjih doseženih sprememb pri gibalnih, prehranskih in drugih navadah	3,20	1,41	3,86	1,17	0,117

Legenda: DMS = diplomirane medicinske sestre; N = število enot v populaciji; PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = statistična značilnost; Lestvica: 1 - nikoli (ne potrebujem), 2 – večinoma ne, 3 – niti da/niti ne, 4 – večinoma da, 5 – vedno (potrebujem), uporabljen Mann Whitney U-test..

Tako pacienti ($PV = 3,84$; $SD = 1,37$) kot tudi DMS ($PV = 4,00$; $SD = 0,67$) so podobnega mnenja, da ima družina velik pomen pri motivaciji. Z mnenjem, da so »prijatelji« motivacija za vzdrževanje zdravega življenjskega sloga, se strinjajo tako pacienti ($PV = 3,24$; $SD = 1,45$) kot tudi DMS ($PV = 3,43$; $SD = 0,85$).

»Osebni/družinski zdravnik« po mnenju pacientov motivira in pripomore k vzdrževanju življenjskega sloga ($PV = 3,64$; $SD = 1,19$). Podobnega mnenja so DMS ($PV = 4,00$; $SD = 0,96$). 75 % pacientov pripisuje pomembno vlogo v motivaciji »diplomirani medicinski sestri v referenčni ambulanti« ($PV = 4,08$; $SD = 1,08$). Podobnega mnenja so DMS ($PV = 3,86$; $SD = 0,95$).

Po mnenju pacientov jih najmanj motivirajo »CINDI delavnice« (PV = 1,76; SD = 1,13). 75,0 % pacientov je mnenja, da jih ne motivirajo, 7,6 % pa jih meni, da jim CINDI delavnice pomagajo. 42,8% DMS meni, da so CINDI delavnice koristne v motivaciji (PV = 3,07; SD = 1,21). 28,6 % jih meni, da jih to ne motivira in 28,6 % je neopredeljenih. Ugotovili smo statistično pomembno razliko med odgovori pacientov in DMS ($p = 0,003$).

Da »uspešno vodenje in nadzorovanje bolezni« motivira paciente pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga, menijo tako pacienti (PV = 3,60; SD = 1,29), kot tudi DMS (PV = 3,86; SD = 1,09). Na področju »vzdrževanja dosedanjih doseženih gibalnih, prehranskih in drugih sprememb« so mnenja podobna tako pri pacientih (PV = 3,20; SD = 1,41) kot tudi pri DMS (PV = 3,86; SD = 1,17).

V tabeli 9 smo spraševali paciente in DMS o poznavanju skupinskih delavnic CINDI.

Tabela 9: Poznavanje in udeležba na skupinskih delavnicah CINDI ter pridobivanje informacij s strani pacientov

	Pacienti N=26		DMS N=14		p
	Frekvenca - Odstotek (%)		Frekvenca – Odstotek (%)		
	DA	NE	DA	NE	
Poznavanje programa CINDI delavnic (program svetovanja za zdravje)	16 61,5 %	10 38,5 %	9 64,3 %	5 35,7 %	0,866
Udeležba katerega koli programa skupinskih delavnic ali individualnih svetovanj CINDI	2 7,7 %	24 92,3 %	8 57,1 %	6 42,9 %	0,001
Pacienti ob težavi ali želji po informacijah najprej pokličejo v referenčno ambulantno	11 42,3 %	15 57,7 %	9 64,3 %	5 35,7 %	0,190

Legenda: DMS = diplomirane medicinske sestre; N = število enot v populaciji; p = statistična značilnost; uporabljen Mann Whitney U-test.

61,5 % pacientov in 64,3 % DMS je potrdilo, da poznajo delavnice in da so o tem seznanjeni. 7,7 % pacientov je na vprašanje o udeležbi katerega koli programa skupinskih delavnic ali individualnih svetovanj CINDI potrdilo, da so se jih udeleževali. O udeležbi pacientov na CINDI delavnice pa je 57,1% DMS mnenja, da se jih

udeležujejo. Razlike med mnenji skupin o udeležbi na skupinskih delavnicah so statistično pomembne ($p = 0,001$). Trditev, da »pacienti ob težavi ali želji po informacijah najprej pokličejo v referenčno ambulanto«, je potrdilo 42,3 % pacientov. 64,3 % DMS je prav tako mnenja, da pacienti ob težavah najprej pokličejo v referenčno ambulanto.

V tabeli 10 smo spraševali paciente, kje so prvič slišali za referenčno ambulanto in kje so dobili večino informacij o KOPB.

Tabela 10: Kje so pacienti prvič slišali za referenčno ambulanto in kje so dobili večino informacij o KOPB?

	Kje so pacienti prvič slišali za referenčno ambulanto? N = 25		Kje so pacienti dobili večino informacij o KOPB? N = 22	
	Frekvenca	Odstotek (%)	Frekvenca	Odstotek (%)
Družina in sorodniki	0	0,0 %	1	4,5 %
Internet	0	0,0 %	0	0,0 %
Radio in televizija	1	4,0 %	0	0,0 %
Časopisi in revije	0	0,0 %	0	0,0 %
Knjige in zloženke	0	0,0 %	0	0,0 %
Prijatelji in znanci	2	8,0 %	0	0,0 %
Osebn/družinski zdravnik	18	72,0 %	9	40,9 %
Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti	4	16,0 %	11	51,4 %
Drugo: pulmolog	0	0,0 %	1	3,2 %

Legenda: N = število enot v populaciji

72 % pacientov je prvič slišalo za referenčno ambulanto preko osebnega/družinskega zdravnika. 51,4 % pacientov je večino informacij dobilo preko DMS, 40,9 % pa preko osebnega/družinskega zdravnika.

3.5 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil preučiti življenjski slog pacientov s KOPB, ki jih v referenčnih ambulantah spremljajo DMS. Zanimale so nas potrebe po spremembi življenjskega sloga z vidika pacientov, ter z vidika DMS v referenčnih ambulantah, kakšno mnenje

imajo o življenjskem slogu pacientov in kakšne potrebe po spremembi življenjskega sloga opažajo pri pacientih. Raziskovali smo kakšne podobnosti in razlike obstajajo med mnenji DMS in pacientov o življenjskem slogu in pacientovih potrebah. V raziskavi je bila večina anketiranih pacientov starih nad 50 let. Za KOPB se večina zdravi od 2 do 5 let. Večina anketiranih DMS v referenčni ambulanti obravnava paciente povprečno dve in več let.

Dobljeni rezultati testa CAT v naši raziskavi niso edino diagnostično merilo pri pacientih. Potrebna bi bila še meritev spirometrije, da bi imeli klinično oceno pacientove KOPB. Glede na dobljene rezultate v CAT vprašalniku smo paciente razdelili v 4 skupine. Pri polovica pacientov ima bolezen srednje velik vpliv, pri tretjina pacientov pa velik vpliv bolezni na njihov življenjski slog.

V raziskavi nas je zanimalo mnenje pacientov s KOPB o lastnem življenjskem slogu. Primerjali smo ga tudi z mnenji DMS v referenčni ambulanti. Glede na anamnezo in spremljanje pacientov s strani DMS, pacienti menijo, da so bili pred odkrito boleznijo dovolj telesno aktivni in da ob odkritju bolezni večina ni spremenila dosedanjih gibalnih navad. Pri tem ugotavljamo statistično pomembne razlike med mnenji DMS in pacientov s KOPB. Tekom spremljanja v referenčni ambulanti so bili pacienti mnenja, da so bili spodbujeni in deležni informacij ter svetovanja o gibanju s strani DMS. Pravilna telesna aktivnost je pomembna že v preventivi oz. zdravstveni vzgoji vseh ljudi in je še toliko bolj pomembna pri pacientih s KOPB. Da pacienti ostanejo primerno gibalno aktivni je naloga celotnega zdravstvenega tima, vključno s fizioterapevtom, s poudarkom na dobrem medsebojnem sodelovanju. Prav tako Barnett (2008) navaja, da je pomembno medsebojno sodelovanje. Pacienti so tako deležni celostne zdravstvene pomoči za kar najlažje in udobno življenje. Šuškovič (2010) omenja, da pri vzdrževanju telesne sestave ni priporočeno pretiravanje s telesno vadbo, ker to lahko vodi do okvare in tako paciente odvrne od pravilnega gibanja.

V raziskavi ugotavljamo, da so pacienti dovolj obveščeni o pomenu gibanja in tudi prehrane. Večina pacientov je bila mnenja, da se pred odkrito KOPB niso pravilno prehranjevali in da ob odkritju bolezni niso samoiniciativno spremenili prehranskih

navad, so pa bili v referenčni ambulantni motivirani za spremembo. Življenjski slog pacientov je v veliki meri odvisen od njih samih. Sprememba prehranskih in gibalnih navad je dolgotrajen proces, pri katerem je potrebna samoiniciativnost in motivacija.

Coin, et al. (2010 cited in Kosten, 2014, p.121) so v raziskavi primerjali skupini zdravih starostnikov s skupino KOPB pacientov. Pacienti s KOPB so imeli 14 % večjo prevalenco za sarkopenijo. Redukcija puste mišične mase je značilna za paciente s KOPB. Študija je pokazala statistično povečanje prevalence za osteopenijo in osteoporozo pri KOPB pacientih. V študiji se ni pokazala statistično pomembna razlika med skupinami pri teži, višini in indeksu telesne mase (ITM), medtem ko je bila razlika v načinu prehranjevanja in kostni gostoti. Kozina (2011) izpostavlja, da je cilj zdrave prehrane doseganje in vzdrževanje primerne telesne in mišične mase ter izboljšanje imunskega sistema. Escott Stump (2011) ugotavlja, da imajo pacienti povprečno 20 % - 50 % večje energijske potrebe kot zdravi vrstniki. Kozina (2011) pri tem opozarja, da rezultati, ki niso takoj vidni, pacientov s KOPB sprva ne motivirajo.

Ugotovili smo, da pacienti s KOPB menijo, da bolezen nima vpliva na njihovo počutje, ter da se ne izogibajo družbi in socialnemu življenju. Več kot polovica pacientov s KOPB se ne počuti osamljene in nimajo negativnih misli, medtem ko DMS menijo, da bolezen vpliva na socialno življenje pacientov in da je njihov življenjski slog zaradi KOPB slabši, kot od njihovih vrstnikov. Razlike v mnenjih so statistično značilne. Za razjasnitev razlik bi bile potrebne nadaljnje raziskave. Koliko pacienti zaupajo informacije in prepoznajo vpliv bolezni na svoje psihosocialno življenje je zagotovo odvisno tudi od kakovosti odnosa med DMS in pacientom. Janssen (2010) opozarja tudi na možnost sopojava depresije. Jančič, et al. (2012) celo ugotavljajo, da je težko ločiti simptome KOPB in depresije, saj so simptomi obeh stanj med seboj prepleteni. Pogosto se skupaj pojavita depresija in anksioznost, kar pomembno vpliva na kakovost pacientovega življenja. Schneider, et al. (2010) piše, da so v Veliki Britaniji v desetletni raziskavi ugotavljali prisotnost depresije pri pacientih s KOPB in ugotovili, da je prevalenca depresije 23,1 % in da imajo slabše izide tisti pacienti, ki se načrta zdravljenja ne držijo.

V naši raziskavi smo ugotavljali potrebe pacientov po spremembi življenjskega sloga. Osredotočili smo se na potrebe pacientov po informacijah o bolezni, po začetni podpori in kasneje pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga. Pacienti večinoma niso pokazali zanimanja oziroma so ostali neopredeljeni za informiranje o prehrani, telesni aktivnosti, škodljivosti razvad in zasvojenosti ter do morebitnih sprememb na področju psiho/socialnega življenja. Nekoliko bolj si želijo informacij pri vodenju in nadzorovanju bolezni. V nasprotju s tem, da pacienti menijo, da so dovolj obveščeni o pomenu prehrane, gibanja, opuščanju razvad in zasvojenosti ter psiho/socialnem stilu življenja, pa DMS poudarjajo nasprotno. Na pomembnost edukacije pacientov opozarjajo v raziskavi, ki je bila izvedena na Švedskem. Dve skupini sta imeli na voljo splošno izobraževanje o KOPB-ju. Ena izmed skupin je imela na voljo še dodatna intervjuja. Raziskava je pokazala, da so imeli udeleženci druge skupine boljše rezultate pri opuščanju kajenja in zdravem načinu življenja. Njihovo znanje o KOPB-ju je bilo povečano in glavni razlog napredka je bila motivacija pacientov ter s tem sprememba njihovega življenjskega sloga (Efraimsson, et al., 2008). Pearson (2005) poudarja pomen samooskrbe pacientov. Kozina (2011) in Šuškovič (2011) navajata, da je podpora in motivacija osnova pri ohranitvi kakovostnega življenjskega sloga pacienta, pri čemer se vsak posameznik zdravo prehranjuje in je telesno aktiven. Tako zagotavlja dobro telesno in duševno počutje in s tem kakovostnejše življenje.

Glede na potrebe po opuščanju kajenja pri pacientih ugotavljamo, da je malo pacientov po odkriti KOPB zmanjšalo število pokajenih cigaret. Tretjina pacientov se ni odločila za spremembo kadilskih razvad. Zanimivo je, da se je na ta del raziskave odzval le manjši del DMS, ki so mnenja, da pacienti s pomočjo informiranja in svetovanja v referenčni ambulantni zmanjšajo število pokajenih cigaret. Potreben bi bil večji poudarek na informiranju pacientov o škodljivosti razvad in zasvojenosti s strani DMS v referenčni ambulantni tako v začetni podpori, kot tudi pri podpori vzdrževanja zdravega življenjskega sloga. Mesarič (2009) navaja, da so kadilci psihično, vedenjsko in telesno odvisni od kajenja in večina jih ima težave pri odvajanju, tudi če so zelo motivirani. Kadivčeva (2011) meni, da so pacienti s KOPB seznanjeni o škodljivosti kajenja, vendar neprestano potrebujejo praktične nasvete s strani DMS za opuščanje razvad ter

motivacijo. Nasploh pa največ motivacije pacienti dobijo s strani DMS v referenčni ambulanti.

Paciente smo spraševali, kdo jih najbolj motivira in spodbuja pri vzdrževanju optimalnega življenjskega sloga in kdo najmanj. Pacienti menijo, da jih najbolj motivira DMS v referenčni ambulanti in ob težavi ali želji po informacijah slaba polovica pacientov najprej pokliče v referenčno ambulanto. Več kot polovica pacientov je mnenja, da jih skupinski programi CINDI najmanj motivirajo pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga. Ob tem pa moramo pripomniti, da se je katerih koli delavnic udeležila le slaba desetina pacientov. Statistično pomembne razlike so opazne med skupinama, saj DMS menijo, da se delavnic udeleži več kot polovica pacientov.

Individualni pristop DMS do pacientov zelo pripomore h kakovostnemu spremljanju bolezni. Z dobrim medsebojnim odnosom lahko DMS veliko pripomore k spremembam pacientovega življenjskega sloga. Individualna obravnava v referenčni ambulanti je zagotovo pomemben, vendar ne edini način motiviranja pacientov. Tudi skupinske CINDI delavnice imajo velik potencial, potrebna pa bi bila večja promocija s strani zdravstvenih delavcev. V delavnicah si pacienti izmenjujejo izkušnje, dobivajo informacije preko vrstnikov s podobnimi težavami. Kadivec (2011) meni, da je pomembno prilagojeno individualno zdravljenje, vodenje in zdravstvena vzgoja pacientov glede na stopnjo težavnosti bolezni. Največji pomen ima delo DMS v referenčni ambulanti, saj motivira paciente za učenje vsebin KOPB. V raziskavi, ki je bila narejena v Zdravstvenem domu Koper, je Štemberger Kolnik (2011) ugotovila, da je v zdravstveni vzgoji potrebno upoštevati vse posebnosti učenja odrasle populacije. V programih primanjkuje psihološko usmerjenih vsebin, kar predstavlja izziv za tim, ki je vključen v zdravstveno vzgojno delo. V raziskavi v Zdravstvenem domu Ljubljana (Slapšak, 2011) so izvajalci delavnic ugotovili, da je pri udeležencih stopnja motivacije različna in pogosto povezana z življenjskimi stiskami njih samih ali svojcev. Mnogi med njimi se niso sposobni ukvarjati s spremembo življenjskega sloga zaradi osebnih ali družinskih težav, drugi zaradi težje kronične telesne ali duševne bolezni, nekateri pa zaradi prebolevanja izgube svojca.

Zanimale so nas statistično pomembne razlike med mnenji pacientov in DMS. Mnenja pacientov se razlikujejo od DMS, ki menijo, da pacientom pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga največ pomeni družina in osebni/družinski zdravnik. Pacienti menijo, da jih najbolj motivira DMS v referenčni ambulanti. DMS menijo, da pacienti s KOPB na vseh izpostavljenih področjih, kot so zdrava prehrana, telesna aktivnost, razvade, vodenje bolezni ter socialno življenje, potrebujejo več informacij, saj so le-te pri obvladovanju in upočasnitvi napredka bolezni zelo pomembne. Pacienti pa menijo, da potrebujejo več informacij na področju vodenja bolezni. Enaki rezultati in razlike med mnenji pacientov in DMS so vidne tudi pri ugotavljanju potreb po začetni podpori in kasnejšem vzdrževanju zdravega življenjskega sloga. Vodenje in nadzor KOPB pa pacienti lahko dosežejo z rednim reševanjem CAT vprašalnika in z merjenjem spirometrije. Schneider et.al (2010) navajajo, da je spirometrija pomembna za vodenje in na novo odkrivanje bolezni. Vedno več je pacientov s pozno odkrito in nevedeno KOPB, saj pacienti na svoje simptome opozorijo prepozno.

V naši raziskavi ugotavljamo velik vpliv in pomen DMS, pri zdravstveni vzgoji in svetovanju pacientom o KOPB. Med raziskavo smo opazili majhen obisk pacientov s KOPB preko celega leta, izjemoma v času jesenskega obdobja, kar bi lahko hipotetično pripisali povečanju težav. Vsekakor, pa bi bilo to lahko predmet širše raziskave o odzivnosti pacientov, saj se velikokrat ne odzovejo vabilu DMS. Večji pomen bi bilo potrebno nameniti prepoznavanju simptomov poslabšanja pri pacientih s KOPB in na iskanje morebiti novih pacientov s simptomi KOPB ter z rednim merjenjem spirometrije, še posebej pri kadilcih, starejših od 50 let. Glede na izvedeno raziskavo bi tudi priporočali večji poudarek motiviranosti pri opuščanju kajenja in poudarek na sodelovanju med referenčno ambulanto ter zdravstveno vzgojnimi centri. V nadaljevanje raziskave predlagamo večji vzorec anketirancev ter poleg referenčnih ambulant tudi sodelovanje pacientov in DMS iz pulmoloških ambulant.

V raziskavi smo se dotaknili le nekaterih področij življenjskega sloga, ki pa so bila še vedno preveč splošna, saj je tematika zelo obširna. Kot omejitev raziskave bi izpostavili predvsem slabo odzivnost pacientov s KOPB. Glede na starostno skupino anketiranih

pacientov je bila anketa predolga. Nekateri pacienti so potrebovali pomoč pri reševanju ankete.

KOPB je zazdravljiva bolezen in je potek bolezni odvisen od vsakega pacienta posebej, zato so spremembe v življenjskem slogu pri pacientih spremenljive glede na spremembe zdravstvenega stanja pri vsakem posamezniku. V nadaljevanje predlagamo raziskavo na pacientih s KOPB, ki obravnava razlike med njimi glede na življenjski slog, ki ga živijo. Priporočamo meritev spirometrije in poudarek na farmakološkem področju. Predlagamo tudi raziskavo na DMS v vseh slovenskih referenčnih ambulantah. Raziskava bi temeljila na izobraževanju, znanju ter številu spremljanih pacientov s KOPB v referenčni ambulanti.

4 ZAKLJUČEK

Obravnava pacientov s KOPB je specifična in pri tem je potrebno ugotavljati izpostavljenost dejavnikom tveganja, upočasnjevati upad pljučne funkcije, preprečevati razvoj akutnih poslabšanj ali drugih zapletov bolezni. S celostno obravnavo, ki vključuje tako preventivne, nefarmakološke kot farmakološke ukrepe, se poskuša zmanjšati pogostost simptomov in izboljšati z zdravjem povezano kakovost življenja pri vsakem posamezniku. Koncept življenjskega sloga pri posameznikih je zaradi različnih okoliščin in osebnostnega vidika težko v celoti definirati in opredeliti, saj vsak posameznik na kakovost življenjskega sloga gleda drugače.

Pri individualni obravnavi ima pomembno vlogo DMS v referenčni ambulanti, saj le-ta pacienta vodi, nudi zdravstveno vzgojo in s svetovanjem preprečuje napredek bolezni. Pacienti, ki so seznanjeni z načeli samozdravljenja KOPB, hitreje prepoznajo poslabšanje svoje bolezni in lažje ukrepajo. Vloga DMS pri pacientih s KOPB je motivacija in spodbujanje k zdravemu načinu življenja ter individualni pogovor. Raziskava je pokazala, da imajo DMS pomembno vlogo v motivaciji pacientov na različnih področjih za čim bolj kakovostno življenje s KOPB. Pacienti menijo, da jih najbolj motivirajo DMS in slaba polovica pacientov ob težavah najprej pokliče v referenčno ambulanto. Z vidika celostne obravnave je pomembno sodelovanje in motivacija pacientov, ter pacientom nuditi informacije o čim boljšem nadzorovanju in vodenju KOPB.

Raziskava je pokazala, da si pacienti želijo informacij pri vodenju in nadzorovanju bolezni, ter da so dovolj obveščeni o pomenu prehrane, gibanja, opuščanju razvad in zasvojenosti ter psiho/socialnem stilu življenja. Predlagamo dodatna izobraževanja za skupine pacientov s KOPB na temo vodenja in nadzorovanja bolezni.

Predlagamo, da se paciente motivira k obisku skupinskih CINDI delavnic, ki so pripravljene kakovostno in bi temeljile na medsebojnem spoznavanju. Predvsem, pa je potrebno poudariti pomen ozaveščanja pacientov s strani DMS o škodljivosti kajenja in o načinih opustitve le tega. Raziskava je pokazala, da je malo pacientov, ki so po odkriti

KOPB zmanjšali število pokajenih cigaret. Tretjina pacientov se ni odločila za spremembo kadilskih razvad.

Kot najpomembnejše pa bi izpostavili zdravstveno vzgojo in sekundarno preventivo zgodnjega odkrivanja bolezni, saj bi s tem vplivali na kakovost življenjskega sloga pacientov in z ustreznimi ukrepi vplivali na poslabšanja bolezni. Preprečevanje poznega odkrivanja KOPB dosegajo zdravstveni delavci z iskanjem pacientov preko opravljene spirometrije, reševanje vprašalnikov in preko iskanja možnih znakov KOPB. DMS in celotni zdravstveni tim je odgovoren, za ozaveščanje in spodbujanje pacientov k spremembi življenjskega sloga, glede na njihove zmožnosti.

5 LITERATURA

Barnett, M., 2008. Non-pharmacological management of COPD. *Journal of Community Nursing*, 22(4), pp. 30-3.

Chetty, M., MacKenzie, M., Douglas, G. & Currie, G., 2006. Immediate and early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary diseases: is there a role in »real life«. *International Journal of COPB*, 1(4), pp. 401-7.

Dolšak, R., 2013. *Letno poročilo Zdravstvenega doma Ljubljana za leto 2012*. [pdf] Ljubljana: ZD Ljubljana, pp. 56-67. Available at: http://www.zd-lj.si/zdlj/images/stories/urska/Letno_porocilo_zdl_2013.pdf [Accessed 15 March 2015].

Eder, J., 2012. Organizacija dela diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti. In: B. Istenič, ed. *Referenčne ambulate po prvem letu delovanja: strokovni seminar. Ljubljana, 12. april 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-ZDMSBZTS, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, pp. 5-27.

Efraimsson, E.O., Hillervik, C. & Ehrenberg, A., 2008. Effects of copd self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(2), pp.178-85.

Efraimsson, E.Ö., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K. & Klang, B., 2011. Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Sweden: Journal of Advanced nursing*, 68(4), pp. 767-82.

Escott Stump, S., 2011. *Nutrition and diagnosis – Related Care, 7th ed.*, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp. 300-4.

Hoyer, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

Hurd, S., Vestbo, J., Anzueto, A., Fabbri, L.M., Martinez, F., Stockley, R., Agusti, A.G., Barnes, P.J., Jones, P., Nishimura, M., Sin, D. & Vogelmeier, C., 2011. *Priročnik za diagnozo, zdravljenje in preprečevanje KOPB*. Ljubljana: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc.

Jančič, A., Čuček Trifkovič, K. & Lahe, M., 2012. Depresivna motnja pri pacientih s KOPB. In: K. Babnik ed. *Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in Evropsko leto aktivnega staranja ter medgeneracijske solidarnosti: zbornik prispevkov 4. študentske konference s področja zdravstvenih ved. Izola, 25. maj 2012*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 117-24.

Janssen, D.J., 2010. Symptoms of anxiety and depression in COPD patients entering pulmonary rehabilitation. *Chronic Respiratory Disease*, 7(3), pp. 147–157.

Jeruc, M., 2008. Izboljšanje kakovosti življenja in funkcionalne telesne zmogljivosti (testi hoje in vprašalnikov SGRQ ter MRC) pri bolnikih s KOPB, ki so se udeležili pljučne rehabilitacije (2006-2008). In: S. Kadivec, ed. *4. slovenski pneumološki in alergološki kongres: zbornik predavanj: program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. Portorož, 14.-15. september 2008*. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 65-9.

Kadivec, S., 2011. Partnersko vodenje bolnika s KOPB ali astmo. In: S. Kadivec, ed. *Modul: astma; KOPB; alergijski rinitis: program za medicinske sestre I, Golnik, 5.-11. maj 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 18-21.

Kopčaver Guček, N., 2007. Oblike motivacije za spreminjanje življenjskega sloga. In: M. Bulc, ed. *Vključevanje bolnika v zdravljenje: učno gradivo 24. učne delavnice za zdravniške družinske medicine. Ljubljana, oktober 2007*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 53-9.

Kosten, T. 2014. Telesna sestava in pomen prehrane pri pljučnih pacientih. In: L. Prestor ed. *Strokovni seminar Timski pristop k obravnavi pulmološkega pacienta: zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 28.-29. marec 2014.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 120-9.

Kozina, A., 2011. Ocena prehranjenosti in dietna navodila bolnikom s KOPB. In: S. Kadivec, ed. *Modul: astma; KOPB; alergijski rinitis: program za medicinske sestre I, Golnik, 5.-11. maj 2011.* Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo. pp. 42-4.

Krnel, K., 2012. Pristop pacientu z astmo in kronično obstruktivno pljučno boleznijo v referenčni ambulanti. In: B. Istenič, ed. *Referenčne ambulante po prvem letu delovanja: strokovni seminar. Ljubljana, 12. april 2012.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- ZDMSBZTS, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, pp. 5-27.

Lahe, M. & Pajnkihar, M., ed., 2006. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnost v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. In: B. Filej, ed. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev 1. Simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo.* Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 31-4.

Lamprecht, B., McBurnie, M.A., Vollmer, W.M., Gudmundsson, G., Welte, T., Nizankowska-Mogilnicka, E., Studnicka, M., Bateman, E., Anto, J.M., Burney, P., Mannino, D.M. & Buist, S.A., 2011. COPD in Never Smokers: Results from the population-based burden of obstructive lung disease study. *Chest*; 139(4), pp. 752-63.

Maučec Zakotnik, J., ed., 2009. *Raziskave Cindi o dejavnikih tveganja in učinkovitosti procesa.* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 4-5.

Mesarič, J., 2009. *Dejavniki in individualne ter organizacijske posledice kajenja: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015a. *Referenčna ambulanta družinske medicine*. [online] Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Available at: <http://www.referencna-ambulanta.si/?p=207> [Accessed 20 March 2015]

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015b. *Referenčne ambulate*. [online] Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Available at: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/referencne_ambulate/ [Accessed 31 March 2015]

Pearson, A., ed. 2005. The self-care model for nursing. *Nursing models for practice*. Philadelphia: Elsevier, pp. 103–10.

Petek, D., 2010. Vodenje bolnika s KOPB in astmo v ambulantni družinske medicine. In: K. Tušek-Banc, ed. *Benigna hiperplazija prostate, demenca, ateroskleroza – pomen sekundarne prevetive, KOPB, osteoporoza, gastroenterologija, kronična ledvična odpoved, etika, proste teme: zbornik/ 6. mariborski kongres družinske medicine. Maribor, 26. in 27. november 2010*. Maribor: združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 63-8.

Poglobljena informacija o ASTMI in KOPB. In: S. Kadivec, ed. *Modul: astma; KOPB; alergijski rinitis: program za medicinske sestre I, Golnik, 5.-11. maj 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 123-37.

Radon, E., 2011. Respiratorna fizioterapija pri pljučnem bolniku. In: S. Kadivec, ed. *Modul: astma; KOPB; alergijski rinitis: program za medicinske sestre I, Golnik, 5.-11. maj 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 68-72.

Schermer, T., Van Weel, C., Barten, F., Buffels, J., Chavannes, N., Kardas, P., Østerm, A., Schneider, A. & Yaman, H., 2008. Prevention and management of chronic

obstructive pulmonary disease (COPD) in primary care: position paper of the European Form for Primary Care. *Quality in primary care*, 16(5), pp. 363-77.

Schneider, C., ed., 2010. COPD and the risk of depression. *Chest*, 137(2), pp. 341-7.

Sitzman, K., Dorothea Orem's self-care model. In: K. Sitzman, eds. *Understanding the work of nurse theorists: A creative beginnings. 2nd ed.* Philadelphia: Jones & Bartlett Learning, pp. 93-100.

Slapšak, A., 2011. Izzivi zdravstveno vzgojnih centrov v Zdravstvenem domu Ljubljana. In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 59-66.

Šifrer, F., 2011. Zdravljenje s kisikom. In: S. Kadivec, ed. *Modul: astma; KOPB; alergijski rinitis: program za medicinske sestre I, Golnik, 5.-11. maj 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo. pp. 66-8.

Škrgat, K. & Šuškovič, S., 2011. CAT test in njegova uporabnost pri bolniku s KOPB. In: S. Kadivec, ed. *Modul: astma; KOPB; alergijski rinitis: program za medicinske sestre I, Golnik, 5.-11. maj 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo. pp. 29-30.

Škrgat, K. S., 2008. Stališče do obravnave akutnega poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni. In: S. Škrgat. *Slovenske usmeritve za zdravljenje akutnega poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni*. Ljubljana: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 3-4.

Šuškovič, S., 2010. *Kronična obstruktivna pljučna bolezen: priročnik za bolnike*. Ljubljana: Pfizer, pp. 17-9.

Šuškovič, S., 2011. Kronična obstruktivna pljučna bolezen. In: S. Kadivec, ed. *Modul: astma; KOPB; alergijski rinitis: program za medicinske sestre I, Golnik, 5.-11. maj 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo. pp. 53-60.

Šuškovič, S., Škrgat, S. & Šorli, J., 2011. Kronična obstruktivna pljučna bolezen. In: M. Košnik, ed. *Interna medicina*. Ljubljana: Littera picta, pp. 384-93.

Štemberger Kolnik, T., 2011. Vpliv šole zdravega hujšanja na spreminjanje življenjskih navad. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak & D. Klemenc, eds. *Medicinske sestre in babice zagotavljajo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo. Maribor, 12., 13. in 14. maj 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. pp. 52-53.

Turel, M., 2012. KOPB – obravnava in zdravljenje. In: B. Istenič, ed. *Referenčne ambulate po prvem letu delovanja: strokovni seminar. Ljubljana, 12. april 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- ZDMSBZTS, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, pp. 5-27.

Žerdoner, L., 2014. Pristopi medicinske sestre pri pacientih, obolelih za KOPB. In: L. Prestor. *Timski pristop k obravnavi pulmološkega pacienta: zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 28.-29. marec 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 185-192.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Priloga 1: Vprašalnik za paciente, vodene v RA

ŽIVLJENJSKI SLOG PRI PACIENTIH S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO BOLEZNIJO SPREMLJANIH V REFERENČNI AMBULANTI

Spoštovani!

Sem Petra Hribar, absolventka Fakultete za zdravstvo Jesenice, in pred vami je anketni vprašalnik, ki je sestavni del moje diplomske naloge. Raziskava poteka v petih slovenskih referenčnih ambulantah (gorenjska regija) in je namenjena pacientom s KOPB, ki obiskujejo te referenčne ambulante.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno in anonimno. Podatki bodo uporabljeni izključno za to diplomsko nalogo.

Za sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem! Petra Hribar

I. SKLOP: DEMOGRAFSKI PODATKI

1. Spol. (obkrožite)

- a) Moški, b) ženska.

2. Vaša starost v letih. (obkrožite)

- a) 40 let ali manj,
b) 41 - 50 let,
c) 51 – 60 let,
d) 61 - 70 let,
e) 71 in več let.

3. Mesto bivanja. (obkrožite)

- a) Mesto, b) predmestje, c) podeželje.

4. Vaša stopnja izobrazbe? (obkrožite)

- a) Osnovnošolska ali manj kot osnovnošolska izobrazba,
b) srednješolska izobrazba,
c) visokošolska ali univerzitetna izobrazba,
d) magisterij ali doktorat.

5. Koliko časa se že zdravite za kronično obstruktivno pljučno boleznijo (v nadaljevanju KOPB)? (obkrožite)

- a) 1 leto ali manj,
b) več kot 1 leto do 2 let,
c) več kot 2 leti do 5 let,
d) več kot 5 let do 10 let,
e) 10 in več let.

II. SKLOP: MNENJE PACIENTOV O SVOJEM ŽIVLJENJSKEM SLOGU

1. Pred vami je CAT vprašalnik za ocenitev vaše KOPB.

(Pri vsaki spodnji izjavi obkrožite številko, ki najbolje opisuje vaše trenutno izkušnjo. Obvezno izberite le en odgovor na vsako vprašanje.)

Primer:	Zelo sem vesel(-a)	0	1	2	3	4	5	Zelo sem žalosten(-a)	REZULTAT
Nikoli ne kašljam	0	1	2	3	4	5	Neprestano kašljam		
V pljučih sploh nimam sluzi (mukusa)	0	1	2	3	4	5	Moja pljuča so čisto polna sluzi (mukusa)		
Sploh ne občutim tiščanja v prsih	0	1	2	3	4	5	V prsih čutim močno tiščanje		
Ko hodim v hrib ali po stopnicah navzgor, nisem povsem nič zadihán(-a)	0	1	2	3	4	5	Ko hodim v hrib ali po stopnicah navzgor, sem popolnoma zadihán(-a)		
Pri nobenem od domačih opravil nisem omejen(-a)	0	1	2	3	4	5	Pri domačih opravilih sem zelo omejen(-a)		
Kljub bolezni pljuč povsem brezskrbno odidem od doma	0	1	2	3	4	5	Zaradi bolezni pljuč si sploh ne upam od doma		
Trdno spim	0	1	2	3	4	5	Zaradi bolezni pljuč ne spim trdno		
Imam veliko energije	0	1	2	3	4	5	Sem popolnoma brez energije		

2. V spodnji tabeli so določene trditve. Obkrožite tisto številko pred vsako trditvijo, ki velja za vas. (besedilo je napisano v moški obliki in velja za oba spola)

Posamezno trditev lahko ocenite z:

- 1 – sploh se ne strinjam
- 2 – se ne strinjam
- 3 – niti se/niti se ne strinjam
- 4 – se strinjam
- 5 – popolnoma se strinjam

Pred odkritjem KOPB sem bil dovolj gibalno aktiven (vsaj 20 min gibanja 3-5x na teden - v stanovanju, sprehodi itd.).	1	2	3	4	5
Ob odkriti KOPB sem sam od sebe postal bolj gibalno aktiven.	1	2	3	4	5
Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti me je spodbudila k večji gibalni aktivnosti.	1	2	3	4	5
V referenčni ambulanti nisem bil deležen svetovanja o gibanju.	1	2	3	4	5
Pred odkrito KOPB sem se zdravo prehranjeval (5 obrokov na dan, sadje in zelenjava itd.)	1	2	3	4	5
Ob odkriti KOPB sem sam od sebe spremenil prehrano in jo prilagodil bolezn.	1	2	3	4	5
Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti me je spodbudila k bolj zdravemu načinu prehrane.	1	2	3	4	5
V referenčni ambulanti nisem bil deležen svetovanja o prehrani pri KOPB.	1	2	3	4	5
Pred odkrito KOPB sem prezračeval stanovanje, se izogibal smogu, dišavam in vlagi.	1	2	3	4	5
Ob odkriti KOPB sem sam od sebe pozoren na zrak v stanovanju, prezračevanje itd.	1	2	3	4	5
Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti mi je povedala za pomen prezračevanja in me k temu spodbudila.	1	2	3	4	5
V referenčni ambulanti nisem bil deležen svetovanja o pomenu prezračevanja in zraka v svojem stanovanju.	1	2	3	4	5
Ob odkriti KOPB se bolj izogibam družbi in socialnemu življenju.	1	2	3	4	5
Zaradi KOPB se počutim večkrat osamljen in imam negativne misli.	1	2	3	4	5
Moj način življenja je zaradi KOPB slabši od mojih vrstnikov.	1	2	3	4	5
S pomočjo diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti lažje sprejemam nov življenjski slog.	1	2	3	4	5

3. Če ste kadilec oz. bivši kadilec, izpolnite to vprašanje. (obkrožite)

- a) Ob odkriti KOPB sem sam od sebe zmanjšal število pokajenih cigaret,
- b) ob odkriti KOPB sem sam od sebe prenehal s kajenjem,
- c) s pomočjo diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti sem zmanjšal število pokajenih cigaret,
- d) s pomočjo diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti sem prenehal s kajenjem,
- e) nisem spremenil kadilskih navad,
- f) nisem bil deležen svetovanja o opuščanju kajenja s strani diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti,
- g) kajenje sem opustil že pred odkrito KOPB.

III. SKLOP: POTREBE IN MOTIVACIJA PRI SPREMEMBI ŽIVLJENJSKEGA SLOGA

1. V spodnji tabeli so določene trditve. Obkrožite tisto številko pred vsako trditvijo, ki velja za vas.

Posamezno trditev lahko ocenite z:

- 1 – nikoli (ne potrebujem)
- 2 – večinoma ne
- 3 – niti da/niti ne
- 4 – večinoma da
- 5 – vedno (potrebujem)

a) Na katerem področju potrebujete informacije o življenjskem slogu s strani diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti? (obkrožite)

O pomenu zdrave prehrane,	1	2	3	4	5
o pomenu telesne aktivnosti,	1	2	3	4	5
o škodljivosti razvad in zasvojenosti (kajenje, alkohol ...),	1	2	3	4	5
o vodenju in nadzorovanju napredka bolezni,	1	2	3	4	5
o vplivu KOPB na vaše socialno življenje (osamljenost, stres, depresija).	1	2	3	4	5

b) Kje potrebujete začetno spodbudo in podporo pri spremembi življenjskega sloga s strani diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti? (obkrožite)

O pomenu zdrave prehrane,	1	2	3	4	5
o pomenu telesne aktivnosti,	1	2	3	4	5
o škodljivosti razvad in zasvojenosti (kajenje, alkohol ...),	1	2	3	4	5
o vodenju in nadzorovanju napredka bolezni,	1	2	3	4	5
o vplivu KOPB na vaše socialno življenje (osamljenost, stres, depresija).	1	2	3	4	5

- c) Kje potrebujete spodbudo in podporo pri VZDRŽEVANJU določene spremembe vašega življenjskega sloga s strani diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti? (obkrožite)

O pomenu zdrave prehrane,	1	2	3	4	5
o pomenu telesne aktivnosti,	1	2	3	4	5
o škodljivosti razvad in zasvojenosti (kajenje, alkohol ...),	1	2	3	4	5
o vodenju in nadzorovanju napredka bolezni,	1	2	3	4	5
o vplivu KOPB na vaše socialno življenje (osamljenost, stres, depresija).	1	2	3	4	5

- d) Kdo oz. kaj vas najbolj motivira/spodbuja pri izboljševanju svojega življenjskega sloga? (obkrožite)

Družina/sorodniki,	1	2	3	4	5
prijatelji,	1	2	3	4	5
osebni/družinski zdravnik,	1	2	3	4	5
diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti,	1	2	3	4	5
skupinski programi CINDI,	1	2	3	4	5
uspešno vodenje in nadzorovanje bolezni,	1	2	3	4	5
vzdrževanje dosedanjih doseženih sprememb v gibalnih, prehranskih in drugih navadah.	1	2	3	4	5

Drugo (dopišite): _____

2. Poznate program skupinskih delavnic (npr. zdrava prehrana, telesna dejavnost – gibanje, zdravo hujšanje, opuščanje kajenja) CINDI? (obkrožite)
 - a) Da,
 - b) ne.
3. Ste se že udeležili katerega koli programa skupinskih delavnic ali individualnih svetovanj CINDI? (obkrožite)
 - a) Da,
 - b) ne.
4. Ali ob kakršni koli težavi ali želji po informacijah najprej pokličete v referenčno ambulanto? (obkrožite)
 - a) Da,
 - b) ne.
5. Kje ste prvič slišali za referenčno ambulanto? (obkrožite)

- a) Pri domačih,
- b) na internetu,
- c) na radiu ali TV,
- d) v časopisih in revijah,
- e) v knjigah in zloženkah,
- f) pri prijateljih in znancih,
- g) pri osebnem/družinskem zdravniku,
- h) preko diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti, v katero ste bili povabljeni,
- i) drugo: _____.

6. Kje ste dobili večino informacij o KOPB? (obkrožite en odgovor)

- a) Pri domačih,
- b) na internetu,
- c) na radiu ali TV,
- d) v časopisih in revijah,
- e) v knjigah in zloženkah,
- f) pri prijateljih in znancih,
- g) pri osebnem/družinskem zdravniku,
- h) preko diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti, v katero ste bili povabljeni,
- i) drugo: _____.

Hvala za sodelovanje.

II. SKLOP: MNENJE DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE O ŽIVLJENJSKEM SLOGU PACIENTOV S KOPB.

1.V spodnji tabeli so določene trditve. Obkrožite tisto številko pred vsako trditvijo, ki velja za vaše paciente s KOPB. Posamezno trditev lahko ocenite z:

- 1 – sploh se ne strinjam
- 2 – se ne strinjam
- 3 – niti se/niti se ne strinjam
- 4 – se strinjam
- 5 – popolnoma se strinjam

Pred odkritjem KOPB so bili pacienti dovolj gibalno aktivni (vsaj 20 min gibanja 3-5x na teden -v stanovanju, sprehodi itd.)	1	2	3	4	5
Ob odkriti KOPB so sami od sebe postali bolj gibalno aktivni.	1	2	3	4	5
S pomočjo diplomirane medicinske sestre (v nadaljevanju DMS) so v referenčni ambulantni spodbujeni k večji gibalni aktivnosti.	1	2	3	4	5
V referenčni ambulantni niso bili deležni svetovanja o gibanju.	1	2	3	4	5
Pred odkrito KOPB so se pacienti zdravo prehranjevali (5 obrokov na dan, sadje in zelenjava itd.)	1	2	3	4	5
Ob odkriti KOPB so sami od sebe spremenili prehrano in jo prilagodili bolezni.	1	2	3	4	5
S pomočjo DMS v referenčni ambulantni so spodbujeni k bolj zdravemu načinu prehrane.	1	2	3	4	5
V referenčni ambulantni niso bili deležni svetovanja o prehrani pri KOPB.	1	2	3	4	5
Pred odkrito KOPB so pacienti prezračevali stanovanja, se izogibali smogu, dišavam in vlagi.	1	2	3	4	5
Ob odkriti KOPB so sami od sebe postali pozorni na zrak v stanovanju, prezračevanje itd.	1	2	3	4	5
S pomočjo DMS v referenčni ambulantni so pozorni in spodbujeni k prezračevanju stanovanja.	1	2	3	4	5
V referenčni ambulantni niso bili deležni svetovanja o pomenu prezračevanja in zraka v njihovem stanovanju.	1	2	3	4	5
Ob odkriti KOPB se pacienti bolj izogibajo družbi in socialnemu življenju.	1	2	3	4	5
Zaradi KOPB se pacienti počutijo večkrat osamljeni in imajo negativne misli.	1	2	3	4	5
Pacienti s KOPB imajo občutek, da je njihov način življenja slabši od njihovih vrstnikov.	1	2	3	4	5
S pomočjo DMS v referenčni ambulantni lažje sprejemajo nov življenjski slog.	1	2	3	4	5

4. Obkrožite trditev, ki se v referenčni ambulantni nanaša na kadilce s KOPB.

- a) Ob odkriti KOPB so sami od sebe zmanjšali število pokajenih cigaret,

- b) ob odkriti KOPB so sami od sebe prenehali s kajenjem,
- c) s pomočjo DMS v referenčni ambulanti so zmanjšali število pokajenih cigaret,
- d) s pomočjo DMS v referenčni ambulanti so prenehali s kajenjem,
- e) niso spremenili kadilskih navad,
- f) niso bili deležni svetovanja o opuščanju kajenja s strani DMS v referenčni ambulanti,
- g) kajenje so opustili že pred odkrito KOPB.

III. SKLOP: POTREBE, TEŽAVE IN MOTIVACIJA PO SPREMEMBI ŽIVLJENJSKEGA SLOGA

7. V spodnji tabeli so določene trditve. Obkrožite tisto številko pred vsako trditvijo, ki velja za paciente s KOPB v referenčni ambulanti.

Posamezno trditev lahko ocenite z:

- 1 – nikoli (ne potrebujem)
- 2 – večinoma ne
- 3 – niti da/niti ne
- 4 – večinoma da
- 5 – vedno (potrebujem)

- a) Na katerem področju potrebujejo informacije o življenjskem slogu s strani DMS v referenčni ambulanti? (obkrožite)

O pomenu zdrave prehrane,	1	2	3	4	5
o pomenu telesne aktivnosti,	1	2	3	4	5
o škodljivosti razvad in zasvojenosti (kajenje, alkohol ...),	1	2	3	4	5
o vodenju in nadzorovanju napredka bolezni,	1	2	3	4	5
o vplivu KOPB na njihovo socialno življenje (osamljenost, stres, depresija).	1	2	3	4	5

- b) Kje potrebujejo začetno podporo pri spremembi življenjskega sloga s strani DMS v referenčni ambulanti? (obkrožite)

O pomenu zdrave prehrane,	1	2	3	4	5
o pomenu telesne aktivnosti,	1	2	3	4	5
o škodljivosti razvad in zasvojenosti (kajenje, alkohol ...),	1	2	3	4	5
o vodenju in nadzorovanju napredka bolezni,	1	2	3	4	5
o vplivu KOPB na njihovo socialno življenje (osamljenost, stres, depresija).	1	2	3	4	5

- c) Kje potrebujejo spodbudo in podporo pri VZDRŽEVANJU določene spremembe njihovega življenjskega sloga s strani DMS v referenčni ambulanti? (obkrožite)

O pomenu zdrave prehrane,	1	2	3	4	5
o pomenu telesne aktivnosti,	1	2	3	4	5
o škodljivosti razvad (kajenje, alkohol ...),	1	2	3	4	5
o vodenju in nadzorovanju napredka bolezni,	1	2	3	4	5
o vplivu KOPB na njihovo socialno življenje (osamljenost, stres, depresija).	1	2	3	4	5

d) Kdo oz. kaj jih najbolj motivira/spodbuja pri izboljševanju svojega življenjskega sloga? (obkrožite)

Družina/sorodniki,	1	2	3	4	5
prijatelji,	1	2	3	4	5
osebni/družinski zdravnik,	1	2	3	4	5
DMS v referenčni ambulanti,	1	2	3	4	5
skupinski programi CINDI,	1	2	3	4	5
uspešno vodenje in nadzorovanje bolezni,	1	2	3	4	5
vzdrževanje dosedanjih doseženih sprememb v gibalnih, prehranskih in drugih navad.	1	2	3	4	5

Drugo (dopišite): _____

8. **Poznajo program skupinskih delavnic (npr. zdrava prehrana, telesna dejavnost – gibanje, zdravo hujšanje, opuščanje kajenja) CINDI? (obkrožite)**
 - c) Da,
 - d) ne.

9. **Se udeležujejo katerega koli programa skupinskih delavnic ali individualnih svetovanj CINDI? (obkrožite)**
 - c) Da,
 - d) ne.

10. **Ali ob kakršni koli težavi ali želji po informacijah najprej pokličejo v referenčno ambulanto? (obkrožite)**
 - c) Da,
 - d) ne.

Hvala za sodelovanje.

6.2 SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU

Kranj, 22.01.2015

Številka: _____



SKLEP O ODOBRTVI RAZISKAVE

Študentki Fakultete za zdravstvo Jesenice Petri Hribar, stanujoči Slovenska cesta 8, 1234 Mengeš, se odobri prošnja za omogočitev raziskave za potrebe priprave diplomskega dela z naslovom » Življenjski slog pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo, spremljanih v referenčni ambulanti« v OE Zdravstvenem domu Kranj, Jesenice, Bled, Tržič in Radovljica.

O b r a z l o ž i t e v :

Zgoraj imenovana študentka je zaprosil za izdajo soglasja za opravljanje raziskovanja v okviru potreb študijskega programa. Vlogi je priložen anketni vprašalnik.

Zavod je pred odobritvijo raziskave prejel soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko št. 22/02/15 z dne 20.01.2015 (priloga tega sklepa), da je raziskava etično sprejemljiva.

Direktor zavoda daje soglasje k raziskavi za omenjeno raziskovalno delo.

Študentka je pri raziskavi dolžna spoštovati dana navodila odgovornih oseb v OE Osnovnega zdravstva Gorenjske, spoštovati paciente in njihove pravice in zaposlene v OZG in raziskavo opraviti na način, da se pri tem ne moti rednega dela zaposlenih.

Vse podatke, do katerih ima študentka možnost dostopati pri opravljanju raziskave je dolžna varovati v skladu z določbami internega Pravilnika o varovanju osebnih podatkov in ostalo zakonodajo tega področja. Za morebitno kršitev le - tega je podana odškodninska in kazenska odgovornost.

Študentka je dolžna raziskavo opraviti tako, da ne škoduje dobremu imenu OZG ali ZD v katerem se raziskava opravlja.

Sklep stopi v veljavo z dnem podpisa in velja do konca raziskave. OZG si pridržuje pravico predčasno preklicati sklep v kolikor študentka raziskave ne opravlja v skladu in pogoji tega sklepa.

DIREKTOR ZAVODA:

Jože Veternik, univ. dipl. ekon.

Priloga: soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko št. 22/02/15 z dne 20.01.2015

Vročiti:

- Petra Hribar
- Direktor OE
- Glavna sestra OE
- arhiv



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Oznaka in ime dokumenta:
**SOGLASJE ZAVODA ZA RAZISKOVANJE
V OKVIRU DIPLOMSKEGA DELA**

Datum: 19. 11. 2014
Oznaka: Obr. 46-02/2013
Številka strani: 2

SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU

Zdravstveni/ socialni zavod: OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): direktor zavoda
JOŽE VETERNIK, univ. diplomant

Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta:

glavne medicinske sestre v OE D Kranj, Jesenice, Bled, Trzin,
Radovljica
tel.: _____, e-naslov: _____

Študentu/ki (ustrezno obkrožite):

- ☒ a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.
☐ b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven.
☐ c) Ne dovoljujemo izvedbo raziskave.

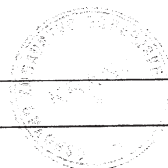
Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

sklep direktorja zavoda št. 179-01/2015 z dne 22.01. 2015.

Sklep organa: _____ je bil, da se
navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.
Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: _____

Kraj in datum: Kranj, 22.01. 2015



6.3 Potrdilo komisije za etiko



KOMISIJA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO ETIKO

Petra Hribar
Slovenska cesta 8
1234 Mengeš

Štev.: 22k/02/15
Datum: 15. 2. 2015

Spoštovana gospa Hribar,

Komisiji za medicinsko etiko (KME) ste 9. 1. 2015 poslali v oceno etičnosti predlog raziskave z naslovom:

"Življenjski slog pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB), spremljanih v referenčni ambulanti." Diplomna naloga, mentorica Erika Povšnar, pred.

Vnaprejšnje pozitivno mnenje o raziskavi ste že prejeli. KME ga je na seji 10. 2. 2015 potrdila in vam s tem izdaja svoje soglasje za njeno izvedbo.

Lep pozdrav,

dr. Božidar Voljč, dr. med.
predsednik Komisije RS za medicinsko etiko

Naslov:

Komisija RS za medicinsko etiko, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana
Telefon: 01/522-1509, telefaks: 01/522-1533, naslov za elektronsko pošto: Tone.Zakelj@kclj.si
<http://www.kme-rmec.si/>