



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

ZMOŽNOST SAMOOSKRBE PRI PACIENTU S KRONIČNO PLJUČNO BOLEZNIJO

SELF MANAGEMENT ABILITY IN PATIENTS WITH CHRONIC PULMONARY DISEASE

Mentorica: dr. Saša Kadivec, viš. pred.

Kandidatka: Jerneja Šuler

Jesenice, januar, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici dr. Saši Kadivec, viš. pred., za mentorstvo, strokovno pomoč in nasvete pri izdelavi diplomskega dela.

Hvala Saneli Pivač, mag. zdr. neg., pred., in Miranu Remsu, dr. med., viš. pred., za recenziranje diplomskega dela.

Hvala tudi vodstvu Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik, da sem lahko opravila raziskavo, in hvala vsem pacientom, ki so se odločili za sodelovanje.

Najlepša hvala tudi medicinskima sestrama Marjani Bratkovič in Barbari Benedik iz Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik, ki sta mi na šoli za paciente s KOPB predali veliko novega znanja.

Zadnja, a verjetno največja zahvala gre mojim najbližjim. Ves čas so verjeli vame in zaradi njih sem tu, kjer sem. Hvala jim za vso podporo v času študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Število ljudi s kroničnim obolenjem v svetu narašča, zato je pomembno, da jih naučimo, kako živeti z boleznijo, da bo njihovo življenje čim bolj kakovostno.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti, kako so pacienti s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB) sposobni skrbeti sami zase in kakšna je njihova zmožnost samooskrbe.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. V raziskavo je bilo vključenih 40 pacientov, ki so bili v času raziskave hospitalizirani v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik in so se udeležili šole za paciente s KOPB. Za izvedbo raziskave smo uporabili anketni vprašalnik. Vsi pridobljeni podatki so anonimni. Za obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS.

Rezultati: Z anketo smo ugotovili, da pacienti s KOPB težje skrbijo sami zase. 75 % pacientov težko dihanje onemogoča opravljanje vsakodnevnih aktivnosti. Pacienti vedo, da je kajenje glavni vzrok za nastanek KOPB in 70 % pacientov je po postavljeni diagnozi prenehalo s to razvado. 57,5 % vprašanih potrebuje pomoč pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. Čeprav je 95 % vprašanih odgovorilo, da poznajo znakov poslabšanja bolezni, jih je manj kot polovica (46 %) pravilno imenovala vse simptome. Več žensk (94 %) kot moških (5,6 %) je pravilno navedlo vse znake bolezni ($p = 0,002$). Poznavanje vseh znakov bolezni ni povezano z izobrazbo, starostjo pacienta ali oceno splošnega počutja. 90 % pacientov zna pravilno ukrepati ob poslabšanju bolezni.

Razprava: Z rezultati naše in tujih raziskav smo ugotovili, da KOPB močno vpliva na posameznikovo življenje. Predvsem vpliva na sposobnost samooskrbe. Za paciente je pomembno, da prenehajo s kajenjem in se zdravo prehranjujejo ter gibajo, čeprav je slednje včasih težko, saj nekatere ovira starost, druge pa zdravstvene težave.

Ključne besede: medicinska sestra, samooskrba, kronična pljučna bolezen, zdravstvena vzgoja.

SUMMARY

Theoretical starting points: The number of people suffering from a chronic condition is on the rise. To this end, it is necessary to teach them how to live with the condition and still lead a full life.

Objective: The objective of the thesis is to determine whether patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are able to take care of themselves, and to assess their self-management capabilities.

Method: The research was based on a descriptive quantitative method of empirical research. It included 40 patients who had been hospitalised at the University Clinic of Pulmonary and Allergic Diseases Golnik when the research was conducted and who participated in the COPD patient education programme. The survey questionnaire was anonymous. The SPSS software was used for data processing.

Results: The survey results indicate that COPD patients have difficulties taking care of themselves. Seventy-five per cent of them experienced breathing problems that prevented them from performing everyday activities. The patients were aware of the fact that COPD is mainly caused by smoking; 70% of them quit the habit following the diagnosis. Moreover, 57.5% of them needed help with everyday activities. Although 95% of the patients said that they knew the symptoms of worsening disease, less than half of them (46%) listed the symptoms correctly. More women (94%) than men (5.6%) listed all the symptoms correctly ($p = 0.002$). The level of knowledge of all the symptoms of the disease is not connected to the level of education, the patients' age or their general well-being. Ninety per cent of the patients knew how to react in case their disease worsened.

Discussion: The results of our research as well as foreign pieces of research show that COPD has a strong impact on the life of affected individuals, particularly their ability of self-management. It is vital that patients quit smoking, have a healthy diet and are active, although the latter may be difficult for some due to their age or other medical conditions.

Key words: nurse, self-management, chronic pulmonary disease, health care education

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 KRONIČNE BOLEZNI.....	3
2.2 KRONIČNA OBSTRUKTIVNA PLJUČNA BOLEZEN	4
2.2.1 Epidemiologija KOPB	4
2.2.2 Nastanek in potek KOPB	5
2.2.3 Stopnje kronične obstruktivne pljučne bolezni	6
2.2.4 Zdravljenje KOPB.....	7
2.3 SAMOOSKRBA PACIENTA S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO PLJUČNO BOLEZNIJO	9
2.3.1 Dorothea E. Orem: Model samooskrbe.....	10
2.3.2 Teorije v modelu samooskrbe	11
2.3.3 Zdravstvena nega pacienta s kronično obstruktivno pljučno boleznijo	12
2.4 ZDRAVSTVENA VZGOJA	13
2.4.1 Šola za paciente s kronično obstruktivno pljučno boleznijo.....	14
3 EMPIRIČNI DEL.....	16
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	16
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	16
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	17
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	17
3.3.2 Opis merskega instrumenta	17
3.3.3 Opis vzorca.....	18
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	19
3.4 REZULTATI	20
3.5 RAZPRAVA	26
4 ZAKLJUČEK	32
5 LITERATURA	34
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

<u>Tabela 1: Zanesljivost vzorca po sklopih</u>	18
<u>Tabela 2: Opis vzorca anketirancev po spolu in izobrazbi</u>	19
<u>Tabela 3: Opis vzorca anketirancev</u>	19
<u>Tabela 4: Trenutno zdravstveno stanje pacienta</u>	20
<u>Tabela 5: Izobraževanje o bolezni</u>	20
<u>Tabela 6: Zmožnost samooskrbe pacientov s KOPB</u>	21
<u>Tabela 7: Sprememba načina življenja</u>	22
<u>Tabela 8: Psihično doživljanje bolezni</u>	22
<u>Tabela 9: Ali poznate simptome in znake poslabšanje vaše bolezni?</u>	23
<u>Tabela 10: Ali veste, kako ukrepati ob poslabšanju vaše bolezni?</u>	23
<u>Tabela 11: Kateri izmed spodaj naštetih predstavljajo znake in simptome poslabšanja vaše bolezni?</u>	23
<u>Tabela 12: Povezava med pravilnim prepoznavanjem znakov poslabšanja bolezni in starostjo</u>	24
<u>Tabela 13: Povezava med izobrazbo in prepoznanimi znaki bolezni</u>	25
<u>Tabela 14: Razlika v oceni počutja po posamezni trditvi med pacienti, ki so pravilno navedli vse znake bolezni, in ostalimi</u>	25
<u>Tabela 15: Povezava med spolom in prepoznanimi znaki bolezni</u>	26

1 UVOD

Bolezen je del življenja in na njeno doživljanje vpliva vse, kar se je dogajalo pred boleznijo, torej način življenja, ko smo bili zdravi (Sossai, et al., 2011).

Bolezen pomeni izgubo varnosti. Človeka kar naenkrat obremeni s skrbmi, strahovi in občutkom nemoči. Načrti in navade se v trenutku spremenijo. Spremembe, ko se pacient sreča s kronično boleznijo so odvisne od vrste bolezni: ali se bolezen pojavi kar naenkrat ali se razvija postopoma in ali se napredovanje bolezni ustavi ali je njen napredek hiter (Rakovec Felser, 2009).

Kronična bolezen je življenjska izkušnja. Pomeni kompleksno, trajno stanje, ki zahteva posebne ukrepe za spremembo načina dosedanjega življenja. Je dolgoročna in zahteva psihično pripravo na prilagoditev in soočanje s simptomi (Freitas & Mendes, 2007). Veliko pacientov s kronično boleznijo ni sposobnih sami in brez pomoči sprejeti novega položaja v življenju. Potrebujejo pomoč svojcev, prijateljev in strokovnega osebja. Potrebujejo tudi čas in podporo, da se privadijo na spremembe (Rakovec Felser, 2009).

Medicinske sestre imamo pri zdravljenju kroničnih bolezni nepogrešljivo vlogo. Aktivnosti medicinske sestre so iskanje ustreznih načinov informiranja, izobraževanje in vzpostavljanje stikov s pacienti. Pri kontinuirani oskrbi pacienta je njihova vloga pomoč pacientu pri soočanju z boleznijo, sprejemanju novih okoliščin in dejstvu, da bodo morali živeti s problemi, ki jih prinaša bolezen. Strokovnjaki menijo, da so medicinske sestre ključne pri skrbi za pacienta s kronično boleznijo (ICN, 2010 cited in Trobec, 2010, p. 1–2).

Hajdinjak in Meglič (2012) pišeta, da je vloga zdravstvene nege s svojimi aktivnostmi uravnavati primanjkljaj samooskrbe s ciljem, da se ta sposobnost čim prej povrne. Samooskrba pomeni izvajanje aktivnosti človeka za vzdrževanje zdravja in dobrega počutja. Za to lahko skrbi človek sam, kadar pa tega ni sposoben, potrebuje pomoč drugih, dokler se mu sposobnost samooskrbe ne povrne.

Namen diplomskega dela je bil spoznati kronično obstruktivno pljučno bolezen (v nadaljevanju KOPB) in ugotoviti, kako bolezen vpliva na kakovost življenja pacienta ter njegovo zmožnost samooskrbe.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 KRONIČNE BOLEZNI

S pridevnikom »kronični« označujemo nekaj, kar se počasi razvija in dolgo traja (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2015). Kronična bolezen torej pomeni vsako bolezen, ki traja določeno obdobje in običajno ne preneha, vendar pa se njen potek spreminja (Softič, et al., 2011). Rakovec Felser (2009) piše, da kronično bolezen opredeljujeta njeno trajanje in neozdravljivost. Kronična bolezen običajno traja dlje kot tri mesece (Finseth, 2009, cited in White, 2013, p. 3).

Kronične bolezni vplivajo na vse vidike vsakdanjega življenja in so odklon od normalnosti (Freitas & Mendes, 2007). Prizadenejo več ljudi kot nalezljive bolezni in v Evropi predstavljajo največje zdravstveno breme. V razvitih državah kronične nenalezljive bolezni ne predstavljajo velikega bremena le za zdravstveni sistem, temveč tudi za družbo in gospodarstvo. So najpogostejši vzrok smrti in tudi delovne invalidnosti. To velja tudi za Slovenijo, saj so po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO, 2003 cited in Klavs, 2010) leta 2003 pri nas predstavljale 80 % vseh smrti.

Definicija SZO je, da je kronična bolezen neozdravljiva in različno hitro napreduje do smrti. V Evropi so najpogostejše bolezni srca, rak, bolezni dihal, sladkorna bolezen in duševne bolezni (Lipar, 2012). Za nastanek posamezne bolezni so potrebni različni dejavniki tveganja. Najpogostejši so kajenje, nezadostna telesna dejavnost, prekomerno uživanje alkohola, stres, nezdrava prehrana, debelost in zvišan krvni tlak (Svetovna zdravstvena organizacija, 2006).

Dokazano je, da nezdravo življenje povečuje tveganje za nastanek kroničnih bolezni. Dejavniki tveganja so v neposredni povezavi z ekonomskimi in družbenimi lastnostmi in okolico. Pri revnih prebivalcih je tako stopnja kroničnih nenalezljivih bolezni višja (SZO, 2006).

Freitas in Mendes (2007) pišeta, da kronično bolezen lahko razumemo kot zdravstveni problem. Te vrste bolezni resno grozijo našemu zdravju in so tudi vodilni vzrok smrti v svetu (International Council of Nurses (ICN), 2010).

Štemberger Kolnik & Klemenc (2010) navajata, da so kronične nenalezljive bolezni vzrok 35 milijonom smrti letno. Najpogostejši vzrok smrti so srčnožilne bolezni, drugi vzrok so rakava obolenja, sledijo pa jim ostale kronične nenalezljive bolezni (SZO, 2014).

2.2 KRONIČNA OBSTRUKTIVNA PLJUČNA BOLEZEN

KOPB označujeta ireverzibilna in napredujoča obstruktivna motnja ventilacije (Škrgat Kristan, et al., 2009). Za bolezen je značilen zmanjšan pretok zraka v dihalnih poteh. Zapora dihalnih poti je posledica destrukcije pljučnega parenhima (emfizem) in prizadetosti dihalnih poti (obstruktivni bronhiolitis) (Sever & Vidovič, 2007).

KOPB ima kroničen potek, spremljajo ga akutna poslabšanja in vodi v postopen upad pljučne funkcije ter tako posledično v prezgodnjo smrt (Škrgat Kristan, et al., 2009).

2.2.1 Epidemiologija KOPB

V Evropi naj bi bilo 10 % pacientov s KOPB, po nekaterih ocenah pa je v svetu kar 600 milijonov ljudi s KOPB. SZO (2003 cited in Franchi, 2007) ocenjuje, da bo KOPB naraščala hitreje od drugih pljučnih bolezni in bi naj do leta 2020 bila na tretjem mestu za vzrok smrti (trenutno je na petem). KOPB ni odkrita in zdravljena pri več kot 75 % pacientov s to boleznijo (Franchi, 2007).

Posledično je KOPB veliko breme za zdravstveni sistem. Npr. v Avstraliji neposredni stroški stanejo približno 900.000.000 \$ (Abramson, et al. 2007 cited in Sossai, et al., 2011, p. 1). V Evropi celotno breme stroškov, povezanih z zdravljenjem KOPB, znaša kar 47 milijard evrov na leto (Turel, 2009).

2.2.2 Nastanek in potek KOPB

Za nastanek KOPB je potrebna dolgotrajna izpostavljenost kajenju, prahu oz. kemikalijam. Bolezen poteka kronično z akutnimi poslabšanji in vodi v postopen upad pljučne funkcije in prezgodnjo smrt (Petek Šter, 2012). Perdija (2011) navaja, da je KOPB le deloma ozdravljiva bolezen, saj se lahko le prepreči, ne pa popolnoma ozdravi.

Franchi (2007) navaja, da je prevladujoči dejavnik tveganja za nastanek bolezni kajenje in ravno zaradi porasta kajenja sta se povečala obolevnost in umrljivost zaradi KOPB. Druga dejavnika, ki povečujeta tveganje za nastanek bolezni, sta velika onesnaženost in izpostavljenost delcem, s tveganjem nastanka pa so povezani tudi genetski dejavniki. KOPB je veljala za bolezen, razširjeno bolj med moškimi, vendar se zaradi porasta kajenja med ženskami povečuje tudi število obolelih žensk.

Pljučna funkcija začne upadati po 20. letu starosti. Upadanje funkcije se kaže kot padec FEV_1 za manj kot 30 ml na leto, pri kadilcih pa je upadanje izrazitejše. Padec FEV_1 za 50 ml več let zapored je znak, da se bo KOPB gotovo razvila (Sever & Vidovič, 2007).

Znanje ljudi o KOPB je slabo. Večina ve, da kajenje povzroča pljučnega raka, redki pa poznajo KOPB. To je tudi eden izmed razlogov, da ne pridejo k zdravniku v začetni fazi bolezni (Bratkovič, 2007).

Da nekomu postavimo diagnozo KOPB, mora izpolnjevati naslednje tri kriterije (Kopčavar Guček, 2009):

- dispneja ob naporu (ko bolezen napreduje, se pojavi tudi dispneja v mirovanju);
- kronični kašelj in izkašljevanje;
- obstruktivna motnja ventilacije, ki jo izmerimo s spirometrijo.

Bolezen se razvija zelo počasi. Pacienti jo zaznajo šele po 20 do 30 letih kajenja, seveda pa je to odvisno tudi od intenzivnosti kajenja, saj se ob bolj intenzivnem kajenju bolezen pojavi hitreje. Težka sapa je eden izmed znakov KOPB, ki napreduje počasi,

zato pacienti pogosto menijo, da so v slabi telesni kondiciji. Za obisk zdravnika se pacienti odločijo šele ob prvih resnih znakih, kot sta jutranji kašelj in izkašljevanje, ob katerem se pojavi tudi gost izmeček. Zaradi počasnega razvoja se KOPB ugotovi razmeroma pozno (Šuškovič, 2005).

2.2.3 Stopnje kronične obstruktivne pljučne bolezni

Blaga KOPB – stopnja 1 se kaže kot težka sapa ob napornem delu, hitri hoji, kašelj, izmeček (Bratkovič, et al., n. d.). Velja $FEV_1/FVC < 70 \%$, $FEV_1 \geq 80 \%$ norme. Posameznik se ne zaveda oslABLJENE pljučne funkcije (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2007).

Zmerna KOPB – stopnja 2 se kaže kot težka sapa ob napornem delu, hitri hoji in kašelj z izmečkom. Pacient potrebuje več časa za okrevanje po prehladu in težje opravlja težja opravila (Bratkovič, et al., n. d.). Velja $FEV_1/FVC < 70 \%$, $50 \% \leq FEV_1 < 80 \%$ norme. V tej stopnji se pacienti odločijo poiskati medicinsko pomoč (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2007).

Težka KOPB – stopnja 3 se kaže kot težko dihanje večino časa in težka sapa že v mirovanju, nesposobnost opravljanja vsakodnevnih opravil, kašelj z izmečkom, pacient potrebuje več tednov za okrevanje po prehladu, hitra utrujenost (Bratkovič, et al., n. d.). Velja $FEV_1/FVC < 70 \%$, $30 \% \leq FEV_1 < 50 \%$ norme (Global Initiative potegavščin Chronic Obstructive Lung Disease, 2007).

Zelo težka KOPB – stopnja 4 pomeni, da ima pacient znake težke KOPB, znake srčnega popuščanja in znake motenj v izmenjavi plinov (Bratkovič, et al., n. d.). Velja $FEV_1/FVC < 70 \%$, $FEV_1 < 30 \%$ ali $FEV_1 < 50 \%$ norme z respiratorno insuficienco. Na tej stopnji je poslabšanje zdravstvenega stanja življenjsko ogrožujoče (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2007).

2.2.4 Zdravljenje KOPB

Paciente s KOPB obravnavamo po smernicah GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), ki obsegajo (Kopčavar Guček, 2009):

1. prepoznavanje in spremljanje bolezni;
2. zmanjševanje dejavnikov tveganja;
3. zdravljenje stabilne KOPB (edukacija, zdravljenje z zdravili, nefarmakološko zdravljenje);
4. zdravljenje poslabšanj KOPB.

KOPB ugotovimo s spirometrijo. Če s to preiskavo ugotovimo obstrukcijo, je treba nato opraviti še bronhodilatacijski test, ki je pri pacientu z diagnozo KOPB načeloma negativen. Poleg anamneze, kliničnega pregleda in spirometrije se ob postavitvi diagnoze opravijo 6-minutni test hoje, radiogram toraksa, EKG in ultrazvok srca. Seveda se preveri zavzetost za zdravljenje, ki se kasneje opravlja enkrat letno (Škrgat Kristan, et al., 2009).

Če KOPB ustrezno zdravimo, jo lažje nadzorujemo in lahko preprečimo poslabšanje, kar privede do manjšega števila hospitalizacij (Ahačič & Benedik, 2008).

Zdravljenje se prilagodi individualno, odvisno od stopnje bolezni in simptomov, ki jih ima pacient. Glavni dejavnik tveganja za razvoj bolezni je kajenje. Kar 90 % smrti zaradi KOPB pripisujemo kajenju, zato je prvi in najpomembnejši ukrep, da pacienti prenehajo kaditi (Tashkin & Murray, 2009 cited in Župec & Lorber, 2013, p. 170).

Zdravljenje delimo na trajno oz. vzdrževalno zdravljenje in zdravljenje poslabšanj. Uporabljajo se ista zdravila kot pri zdravljenju astme, le odmerjanje se razlikuje (Sever & Vidovič, 2007). Med osnovna zdravila sodijo beta agonisti, antiholinergiki, metilksantini in inhalacijski glukokortikoidi ter kombinacija bronhodilatatorjev in sistemskih glukokortikoidov. Enkrat letno naj bi pacient s KOPB imel kontrolo pri zdravniku. Takrat se urejenost bolezni preveri z anamnezo in testom CAT – COPD

Assessment, ki ocenjuje stanje KOPB v zadnjih štirih tednih (Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2011, cited in Petek Šter, 2012).

Ko govorimo o zdravljenju, se navadno spomnimo na zdravila. Velikokrat pozabimo, da v zdravljenje sodi tudi prekinitev stika z vzrokom za nastanek bolezni oz. s poslabševalnimi dejavniki bolezni. Pri zdravljenju KOPB zdravila nimajo velikega učinka. V tem primeru so nefarmakološki ukrepi pomembnejši od farmakoloških. Med nefarmakološke ukrepe sodijo čiščenje dihalnih poti, dihalne vaje, telesna vadba, ureditev prehrane in zdravstvena vzgoja (Košnik, 2005).

Medicinska sestra z zdravstveno vzgojo poskuša predvsem preprečiti poslabšanje bolezni in poučiti pacienta o škodljivem vplivu kajenja ter ga naučiti pravilne rabe inhalacijskih zdravil. Pri zdravstveni vzgoji paciente poskušamo prevzgojiti, da opustijo kajenje, jih pripraviti, da sodelujejo pri zdravljenju, in se naučijo, kako s svojo boleznijo kakovostno živeti (Coronini-Cronberg, et al., 2011).

Cilji zdravljenja KOPB so preprečevanje napredka in poslabšanja bolezni, lajšanje oteženega dihanja, izboljšanje telesne zmogljivosti in zmanjšanje hospitalizacij ter smrtnosti (Qaseem, et al., 2011).

Do poslabšanja bolezni pride ob virusni ali bakterijski okužbi dihal oz. takrat, kadar so pacienti bolj izpostavljeni zunanjim dražljivcem. Glavni znak poslabšanja je okrepljena težka sapa, tudi v mirovanju. Pojavijo se piskanje v pljučih, tiščanje v prsih in gnojni izmeček (Šuškovič, 2005).

Pacienti z napredujočo KOPB imajo pogosto znižano vsebnost kisika v krvi. Dolgotrajno zdravljenje s kisikom je opredeljeno kot dodajanje kisika vdihanemu zraku več kot mesec dni. Če tovrstno zdravljenje poteka doma oz. izven bolnišnice, ga imenujemo trajno zdravljenje s kisikom na domu (v nadaljevanju TZKD). To je edini ukrep, ki podaljša preživetje in izboljša kakovost življenja (Šifrer, 2015).

Kakovost življenja pacientov s KOPB je zelo zmanjšana. Težka sapa in utrujenost omejujeta izvajanje vsakodnevnih življenjskih aktivnosti in pomembno vplivata na življenje, tako na ekonomsko kot na socialno plat. Do 75 % pacientov navaja težave z zadihanostjo že pri najenostavnejših opravilih. Simptomi KOPB na pacientih pustijo tudi psihološke posledice – pojavijo se tesnoba, nemoč in depresija (Turel, 2009).

2.3 SAMOOSKRBA PACIENTA S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO PLJUČNO BOLEZNIJO

V razvitem svetu število pacientov s kroničnimi boleznimi narašča in tako kronične bolezni predstavlja glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti, zato je za te paciente zelo pomembno, da se naučijo načel samozdravljenja in postanejo aktivni partnerji v procesu zdravljenja, saj bodo tako lažje obvladovali svojo bolezen (Šuškovič & Škrbat Kristan, 2011).

Železnik (2010) navaja, da je samooskrba del življenjskega sloga posameznika in se oblikuje glede na vrednote posamezne kulture. Odraža individualne stile obnašanja, osebne izkušnje iz preteklosti, trenutno stanje in načrte za prihodnost.

Voljč (2008) pravi, da je v preteklosti večina zdravljenja kroničnih bolezni potekala v bolnišnicah. Ležalna doba pacientov s kronično boleznijo je bila zelo dolga, kar je pomenilo velik strošek za zdravstvo in navsezadnje tudi odtujitev pacienta od svojih bližnjih. Danes v večini primerov pacienti po zaključeni obravnavi odidejo domov »še vedno bolni«, kar pomeni, da se veliko breme bolezni prenese na pacienta in svoje (Kadivec, 2011).

Samozdravljenje kronične bolezni izboljša psihično počutje in zmanjša bolečine ter depresijo, se pravi, da izboljša kakovost življenja, medtem ko manjša zavzetost za zdravljenje poveča tveganje za razvoj zapletov bolezni (Kadivec & Košnik, 2006).

Samooskrba pomeni izvajanje aktivnosti človeka za vzdrževanje svojega življenja, zdravja in dobrega počutja. Za to lahko skrbi človek sam, kadar pa tega ni sposoben,

potrebuje pomoč drugih, dokler se mu sposobnost samooskrbe ne povrne (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Pearson in sodelavci (2005) pišejo, da je samooskrba naučeno vedenje in da je model samooskrbe prinesel velike spremembe v zdravstveni negi, saj pacientu ne dajemo več navodil, ampak smo ob njem in mu prepuščamo pomembno vlogo pri odločanju o svojem zdravstvenem stanju. Redman (2005) trdi, da kronična bolezen, ki je vodena, vodi v boljšo kvaliteto funkcioniranja bolnika in zmanjša simptome bolezni.

2.3.1 Dorothea E. Orem: Model samooskrbe

Dorothea E. Orem se je rodila v Baltimoru (ZDA) leta 1914. V Washingtonu je končala Šolo za zdravstveno nego bolnikov, po zaključku pa nadaljevala s študijem zdravstvene nege. Diplomirala je leta 1939. Objavila je Učbenik za razvoj učnih načrtov v izobraževanju medicinskih sester v praksi, v katerem je opredelila strokovno področje zdravstvene nege (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Orem je v svojem modelu poudarila samooskrbo, na kateri je model tudi zgradila. Vloga zdravstvene nege je, da s svojimi aktivnostmi uravnava primanjkljaj samooskrbe s ciljem, da se ta sposobnost čim prej povrne (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Je ena glavnih predstavnic teorije potreb, ki predstavljajo medicinsko sestro kot aktivno osebo, ki pacientu pomaga pri njegovem prizadevanju za neodvisnost (Hajdinjak & Meglič, 2012). Posebnost teorije Oremove je, da se od pacienta pričakuje, da bo sam izvajal samooskrbo glede na njegove zmožnosti oz. mu bodo pri tem pomagali svojci (tako kot npr. otroku pomagajo starši). Teorija je zgrajena na edinstvenih potrebah posameznika (Pajnikihar, 2008, cited in Bolčević, 2010, p. 22).

Avtorica Orem poudarja aktivno vlogo in odgovornost vsakega za svoje lastno zdravje. Človek z aktivnostmi vzdržuje in izboljšuje svoje zdravje oz. sprejme stanje bolezni in poskuša kljub omejitvam živeti čim bolj samostojno življenje. Temelj njenega modela je bil premik osebe kot pasivnega prejemnika zdravstvene nege do osebe, ki je aktivna

in sposobna skrbeti sama zase. Človeka jemlje kot samostojnega, sposobnega in motiviranega za to, da skrbi sam zase. Meni, da se je človek sposoben učiti, se razvijati in zavestno vključevati v različne dejavnosti. Vsak človek, zdrav ali bolan, lahko vzdržuje ravnovesje med potrebami po samooskrbi in sposobnostmi zadovoljevanja potreb z izvajanjem aktivnosti (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Njen model je uporaben, ker nas opominja, da mora pacient zase narediti toliko, kolikor lahko. Medicinska sestra naj ga spodbuja in mu pomaga v primeru, ko pacient resnično potrebuje pomoč (Trobec, 2004).

2.3.2 Teorije v modelu samooskrbe

Samooskrba je hotena aktivnost, ki jo posameznik izvaja, da vzdržuje zdravje in dobro počutje. Nanjo vplivajo vzgoja, izobraževanje, nadzor in izkušnje ter se nenehno spreminja (Šušteršič, 2008, cited in Bolčević, 2010, p. 23).

V modelu avtorice Orem se nahajajo tri teorije. Prva je teorija samooskrbe, kjer se samooskrba razlaga kot hotena in naučena aktivnost, ki jo oseba razvija in izvaja za vzdrževanje življenja, zdravja in dobrega počutja. Dejavniki, ki vplivajo na sposobnost samooskrbe so starost, spol, stopnja razvoja, zdravstveno stanje, sociokulturni dejavniki, družinske razmere ipd. (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Druga teorija v modelu je teorija primanjkljaja samooskrbe, do katerega pride, kadar so potrebe po samooskrbi večje, kot sta človekova sposobnost in zmožnost samooskrbe (Hajdinjak & Meglič, 2012). Primanjkljaj samooskrbe se oceni individualno. Medicinska sestra glede na individualno oceno pacienta izbere eno izmed pomoči; izvrševanje samooskrbe, vodenje, duševna oz. telesna podpora in zagotavljanje okolja, ki pospešuje osebni razvoj (Pajnkihar, 2008, cited in Bolčević, 2010).

Zadnja, tretja teorija je teorija sistemov samooskrbe. V njej so zajeti trije sistemi zdravstvene nege (Hajdinjak & Meglič, 2012):

- popolni nadomestni: pacient ne more, ne zna oz. ne sme izvajati aktivnosti za samooskrbo;
- delno nadomestni: pomeni, da pacient lahko izvaja samo nekatere aktivnosti samooskrbe;
- podporno vzgojno-izobraževalni: pacient je sposoben izvajati aktivnosti samooskrbe, vendar vseeno potrebuje pomoč v obliki svetovanja, učenja ali vodenja.

Po tej teoriji medicinska sestra oblikuje sistem, ki temelji na potrebah pacienta po samooskrbi in glede na njegove sposobnosti izvajanja samooskrbe (Pajnikihar, 2008, cited in Bolčević, 2010).

2.3.3 Zdravstvena nega pacienta s kronično obstruktivno pljučno boleznijo

Pacientu s KPBO nudimo pomoč, kot jo v tretjem stebru, opredeli avtorica Orem. To pomeni, da medicinska sestra v času hospitalizacije v celoti ali delno izvaja aktivnosti samooskrbe, nadomešča nesposobnost samooskrbe in zagotavlja varnost pacienta. Hkrati ves čas deluje tudi vzgojno: svetuje, uči, pacienta vodi in ga nadzira (Kadivec & Bratkovič, 2015).

Zdravstvena nega pacientov s kronično boleznijo je navidezno enostavna, v resnici pa od medicinske sestre zahteva veliko strokovnega znanja. Pri pacientih s KOPB medicinska sestra izvaja dober nadzor in izvaja individualno zdravstveno nego, ki jo prilagodi glede na pacientove potrebe in stopnjo dispneje. Poleg tega veliko časa nameni zdravstveni vzgoji, saj pacienta in svojce poučuje v delavnicah – šoli za bolnike s KOPB in šoli za bolnike s TZKD. Pomembna je vloga medicinske sestre pri učenju bolnika, kako naj živi z boleznijo in kako bi bil čim dlje aktiven ter s tem izboljšal kakovost življenja (Bratkovič, 2009).

KOPB ima velik vpliv na opravljanje vsakodnevnih aktivnosti in posledično vpliva na kakovost življenja. Težave se pojavljajo predvsem pri naslednjih življenjskih aktivnostih (Kadivec, 2000, cited in Kadivec & Bratkovič, 2015, p. 94):

- dihanje: cilj medicinske sestre je, da pacient lažje diha, je zadostno oksigeniran, izkašlja in je pomirjen;
- prehranjevanje: cilj je, da je pacient zadostno količinsko in kalorično prehranjen in hidriran;
- izražanje čustev: s pridobivanjem zaupanja medicinska sestra zmanjšuje strah pacienta;
- izogibanje nevarnostim v okolju: medicinska sestra preprečuje padce in poškodbe;
- ohranjanje telesne aktivnosti: paciente je treba ohranjati v čim boljši kondiciji, pomoč se prilagaja glede na pacientove potrebe in njegovo zmožnost;
- zdravstvena vzgoja: je izrednega pomena, saj želimo, da pacient čim prej doseže čim večjo stopnjo samostojnosti.

2.4 ZDRAVSTVENA VZGOJA

Vloga medicinske sestre pri obravnavi bolnika s KOPB je zelo pomembna. Predvsem temelji na poučevanju bolnika o vzrokih bolezni. Namen poučevanja je tudi upočasnitev napredovanja bolezni (Bratkovič, 2007). Špelič (2009) navaja, da je medicinska sestra tista, ki pacientu pomaga s svojo strokovnostjo in mu svetuje.

Namen zdravstvene vzgoje je spodbuditi posameznika, da skrbi za ohranjanje lastnega zdravja. SZO (n.d. cited in Zurec, et al., 2010) je definicijo zdravstvene vzgoje opisala kot kombinacijo izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, ki dosežejo, da si posameznik želi biti zdrav in ve, kako to postane in ostane, ter naredi vse za varovanje lastnega zdravja. Hoyer (2005) piše, da je zdravstvena vzgoja kombinacija učenja in vzgoje. Je pomemben dejavnik napredka posameznika. Z njo poskušamo ozavestiti ljudi, da so zdravi, postanejo dejavni in sprejmejo zdravje za največjo vrednoto.

Pacienta lahko kronična bolezen spremlja kar nekaj let. S tem vpliva na kakovost njegovega življenja, zato je pomembno, da ga naučimo, kako živeti z boleznijo (Rakovec Felser, 2009). Medicinske sestre se s pacientom, ki ima kronično obolenje, srečujejo v času zdravljenja. Učijo ga sprejeti svoje stanje in kako živeti z njim ter reševati njegove zaplete. V bolnišnici pacienta pripravijo na odhod domov in ga naučijo

(in njegove bližnje), kako skrbeti za osnovne življenjske aktivnosti ter za čim bolj samostojno življenje (Štemberger Kolnik & Klemenc, 2010).

Pomembno je, da je poučevanje pacienta prilagojeno socialnemu okolju in intelektualnim sposobnostim pacienta. Biti mora enostavno in praktično. Predvsem je treba pacienta seznaniti z boleznijo (kaj jo povzroči, kako napreduje, kako preprečiti poslabšanje) in ga naučiti pravilnega jemanja zdravil (Debeljak, 2003, cited in Kresnik Gabršček, 2013, p. 13). Perdija (2011) navaja, da imajo medicinske sestre zaradi daljšega stika z bolnikom velik pomen pri poučevanju o terapiji, prehrani, telesni aktivnosti in zdravljenju s kisikom ter pri motivaciji bolnika k zavzetosti za zdravljenje.

Znanje za izobraževanje pacientov s KOPB potrebuje celotno zdravstveno osebje. Medicinske sestre izvajamo zdravstveno vzgojo, ki je temelj preventive, na primarni, sekundarni in terciarni ravni (Bratkovič, 2011). Medicinska sestra je tisti član tima, ki pacienta spremlja vsa obdobja bolezni – od postavitve diagnoze do njene pozne faze. Tako rekoč pacienta spremlja celo življenje in predstavlja glavni člen med pacientom, zdravnikom in drugimi člani zdravstvenega tima (Ocepek, 2009, cited in Ajnik & Lorber, 2011, p. 206).

Medicinska sestra nastopa v vlogi raziskovalca in hkrati vzgojitelja, ki je usmerjen v pacienta. Raziskuje področje pacientovega vedenja, brez da bi obsojala in vnašala lastna prepričanja (Zadnik, 2008).

2.4.1 Šola za paciente s kronično obstruktivno pljučno boleznijo

Bratkovič (2011) navaja, da je pri obravnavi pacienta s KOPB najpomembneje doseči prenehanje delovanja glavnega dejavnika tveganja za nastanek bolezni. Na področju pomoči pri opuščanju kajenja za paciente kadilce imajo medicinske sestre pomembno vlogo (Zadnik, 2008). Bratkovič (2011) piše, da če je vloga medicinske sestre pri opustitvi kajenja učinkovita, lahko to zmanjša hiter napredek bolezni. Piše še, da po odpustu pacienta iz bolnišnice nadaljujejo z zdravstveno vzgojo patronažne medicinske sestre in medicinske sestre v dispanzerju za pljučne bolezni.

Pri zdravstveni vzgoji pacienta in načrtovanju aktivnosti, ki jih bo pacient izvajal doma, morajo imeti pacient in svojci aktivno vlogo. Paciente in svojce je treba pritegniti k sodelovanju in jih seznaniti s potrebami pacienta, ki jih bo treba zadovoljevati tudi doma (Vrankar, 2008).

Vsi na novo odkriti pacienti s KOPB so vključeni v šolo za paciente, ki jo izvajajo diplomirane medicinske sestre. Paciente se seznanijo z značilnostmi bolezni, diagnostiko KOPB, znaki KOPB, zdravljenjem bolezni in uporabo zdravil. Pojasni se pomen telesne dejavnosti in prehrane (Kozina & Grahovec, 2008). Medicinska sestra preverja pacientovo tehniko jemanja zdravil in tako lahko daje povratno informacijo zdravniku o morebitnih dodatnih potrebah po učenju, spremembi terapije ali vključevanju svojcev (Bratkovič, 2011).

V okviru izvajanja ankete smo se tudi udeležili šole za paciente s KOPB v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (v nadaljevanju Klinika Golnik), ki je namenjena pacientom s KOPB in njihovim svojcem. Bratkovič (2011) o šoli KOPB piše, da jo izvajajo medicinske sestre s specialnimi znanji in poteka tedensko v majhnih skupinah. Cilj šole je poučiti paciente o dejavnikih tveganja, bolezni in njenem poteku, zdravljenju, prejemanju terapije, prepoznavanju znakov poslabšanja in življenju z boleznijo. Velik poudarek je na učenju jemanja terapije in sprotnem preverjanju pacientove tehnike jemanja.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil ugotoviti, kje so se pacienti poučili o KOPB oz. kdo jih je poučil, kakšne zmožnosti samooskrbe imajo in kakšne so razlike v načinu življenja pred poučevanjem ter po poučevanju o bolezni. Zanimalo nas je tudi psihično doživljanje bolezni in ali pacienti prepoznavajo simptome poslabšanja KOPB ter vejo, kako ukrepati ob poslabšanju bolezni.

Cilji diplomskega dela:

- ugotoviti, kdo je paciente poučil o bolezni;
- ugotoviti zmožnosti samooskrbe pacientov s KOPB;
- ugotoviti vpliv poučevanja o bolezni na spremembo načina življenja;
- ugotoviti psihično doživljanje bolezni;
- ugotoviti poznavanje simptomov poslabšanja KOPB;
- ugotoviti poznavanje ukrepanja ob poslabšanju KOPB

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane domače in tuje strokovne literature ter na podlagi zastavljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kje in od koga so pacienti s KOPB izvedeli največ o svoji bolezni?
- Kakšne so zmožnosti samooskrbe pacienta s KOPB glede gibanja in opravljanja vsakodnevnih dejavnosti, kot so prehranjevanje in pitje, umivanje in oblačenje, gospodinjska opravila ter spanje in počitek?
- Kako se je spremenil način izvajanja življenjskih aktivnosti po poučevanju o bolezni?
- Kako je bolezen spremenila samopodobo pacientov?
- Kako dobro pacienti poznajo simptome poslabšanja KOPB?
- Kako dobro znajo pacienti ukrepati ob poslabšanju bolezni?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Empirični del diplomskega dela je temeljil na deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Za potrebe raziskovalnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani potrebni viri. Pregledali smo dostopno tujo in domačo strokovno in znanstveno literaturo. Uporabili smo tuje bibliografske baze, kot so CINAHL, SpringerLink, Proquest, Medline in PubMed. Za iskanje slovenske literature smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije COBISS. Za iskanje smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku, ki so vsebinsko povezane s temo našega diplomskega dela: *medicinska sestra, samooskrba, kronična pljučna bolezen in zdravstvena vzgoja*; v angleškem jeziku: *nurse, self-care, chronic pulmonary disease in health education*.

Starost literature je bila omejena na 10 let.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov v raziskovalnem delu diplomskega dela smo sestavili merski instrument – strukturiran vprašalnik, ki smo ga uporabili pri pacientih s KOPB. Vprašalnik je bil sestavljen na podlagi slovenske in tuje strokovne literature (Sossai, et al., 2011; Hernandez, et al., 2009; Öhman, et al., 2006).

Vprašalnik je bil sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop je spraševal po demografskih podatkih (spol, starost, izobrazba ipd.), v drugem sklopu pa so bila vprašanja o boleznih (kje so največ izvedeli o njej in o življenju pred boleznijo, spremembah načina življenja po postavitvi diagnoze, poznavanju simptomov poslabšanja kronične pljučne bolezni ter ukrepanju ob poslabšanju). V vprašalniku so bila vprašanja zaprtega tipa, v drugem delu pa smo uporabili 5-stopenjsko Likertovo lestvico (1 = se sploh ne strinjam, 2 = se strinjam, 3 = neopredeljen, 4 = se delno strinjam, 5 = se popolnoma strinjam).

Vprašalnik je vseboval 12 vprašanj. Izpolnjevanje vprašalnika je bilo prostovoljno, anonimno in pisno.

Tabela 1: Zanesljivost vzorca po sklopih

Sklop	Število vprašanj	Cronbachov koeficient alfa
Izobraževanje o bolezni	4	Ni možno izračunati
Zmožnost samooskrbe	9	0,72
Sprememba načina življenja	7	0,66
Psihično doživljanje bolezni	6	0,73

Test zanesljivosti vzorca je bil narejen na podlagi metode izračuna Cronbachovega koeficienta alfa v programu SPSS.

Pričakovalo se je, da bodo anketiranci na vprašanja, ki se nanašajo na isto vsebinsko področje, odgovarjali podobno. Vrednost koeficienta alfa $> 0,70$ pomeni ustrezno, $> 0,60$ pa zadovoljivo zanesljivost merjenja. Vrednost $< 0,60$ kaže na nezadovoljivo zanesljivost merjenja (Cencič, 2009). Cronbachovega koeficienta alfa pri enem od merjenih sklopov ni bilo možno izračunati, kar nam prikazuje tabela 1. Prav tako vidimo, da je pri dveh sklopih je dosegel mejno vrednost 0,7, pri enem pa je ta vrednost manjša, zato je zanesljivost nižja.

3.3.3 Opis vzorca

Raziskava je potekala v Kliniki Golnik od novembra 2014 do marca 2015. Vzorčenje se je začelo po odobritvi vloge na Etični komisiji Republike Slovenije, soglasje št. 33/07/14, in po pridobitvi soglasja zavoda. Raziskovalni vzorec je namenski in vključuje paciente, ki so bili v tem času hospitalizirani v Kliniki Golnik, hkrati pa so se udeležili tudi šole KOPB in šole za TZKD. V raziskavi je sodelovalo 40 pacientov (tabela 1 in tabela 2).

Tabela 2: Opis vzorca anketirancev po spolu in izobrazbi

	n = 40	%
Spol:		
Ženski	10	25
Moški	30	75
Izobrazba:		
Osnovna šola	6	15
Poklicna šola	9	22,5
Srednja šola	23	57,5
Višja ali visoka izobrazba	1	2,5
Univerzitetna izobrazba ali več	1	2,5

n = število pacientov

V anketi je sodelovalo 40 pacientov, od tega je bilo 25 % žensk in 75 % moških. Tabela 2 prikazuje, da jih je od 40 pacientov imelo 6 (15 %) osnovnošolsko izobrazbo, 9 (22,5 %) poklicno izobrazbo, 23 (57,5 %) srednjo izobrazbo in dva več kot srednjo izobrazbo.

Tabela 3: Opis vzorca anketirancev

	Min	Max	AS	SD	n
Starost	45	83	66,83	7,85	40
Št. mesecev od diagnoze	1	300	82,78	68,69	40

Min = najmanjša vrednost; max = največja vrednost; AS = aritmetična sredina; SD = standardni odklon; n = število odgovarjajočih

Tabela 3 prikazuje, da je bila povprečna starost pacientov 66,8 let (SD = 7,5). Najmlajši pacient je bil star 45 let, najstarejši pa 83 let. Povprečno število mesecev, odkar jim je zdravnik povedal za bolezen, je 82,8 mesecev (SD = 68,7), torej skoraj 7 let, standardni odklon pa znaša približno 6 let. Variabilnost v času do diagnoze je precejšnja.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Ankete smo razdelili hospitaliziranim pacientom, ki so se udeležili šole za paciente s KOPB, in nekaj pacientom, ki imajo TZKD. Anketiranje je potekalo od novembra 2014 do marca 2015. Po pridobljenih 40 izpolnjenih anketnih vprašalnikih smo podatke kvalitativno in kvantitativno obdelali s programom Microsoft Excel. Podatkovna zbirka je anonimna.

Statistična analiza je bila narejena s programom za kvantitativno obdelavo podatkov (SPSS). Vključevala je opisno statistiko, t-test za neodvisna vzorca in test hi-kvadrat. V nadaljevanju so rezultati predstavljeni v opisni in tabelarni obliki.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju predstavljamo rezultate raziskave s pomočjo tabel glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Tabela 4: Trenutno zdravstveno stanje pacienta

Trenutno zdravstveno stanje	Zelo slabo	Slabo	Niti dobro niti slabo	Dobro	Zelo dobro	Me	n
	7,5 %	20 %	47,5 %	20 %	5 %	3	40

Me = mediana, n = število odgovarjajočih

Tabela 4 kaže, da je skoraj polovica vprašanih pacientov svoje zdravstveno stanje ocenila kot nekaj srednjega. Približno četrtnina pacientov je izbrala oceno tri ali manj (Me = 3). Četrtnina pacientov je poročala o dobrem ali zelo dobrem zdravstvenem stanju.

Tabela 5: Izobraževanje o boleznih

	Min	Max	AS	Me	SD	n
O moji boleznih mi je največ povedal zdravnik.	1	5	4,10	4	1,24	40
O moji boleznih so mi največ povedali v šoli KOPB.	1	5	3,70	4	1,26	40
O moji boleznih sem se največ naučil/a sam/a iz revij, knjig in informacij na spletu.	1	5	2,83	3	1,43	40
Za svoje zdravstveno stanje bi lahko bolje skrbel/a, če bi imel/a stalno na voljo zdravnika/medicinsko sestro, ki bi mi znal/a svetovati.	1	5	2,60	2	1,45	40

Min = se ne strinjam, Max = se popolnoma strinjam, AS = aritmetična sredina, Me = mediana, SD = standardni odklon, n = število odgovarjajočih

V tabeli 5 je prikazano, da je paciente o boleznih najbolj podučil zdravnik (AS = 4,10). Standardni odklon je pri tem vprašanju najmanjši, a še vedno precejšnji (SD = 1,24), in nakazuje na precejšnjo raznolikost odgovorov. Pacienti so se veliko naučili tudi v šoli KOPB (AS = 3,7), manj pa sami preko revij, knjig in spleta (AS = 2,83). Pacienti so se najmanj strinjali s trditvijo, da bi za svoje zdravstveno stanje lahko bolj skrbeli, če bi

imeli ves čas na voljo za svetovanje zdravnika ali medicinsko sestro (AS = 2,6). Razpršenost odgovorov je pri tem vprašanju največja (SD = 1,45).

Tabela 6: Zmožnost samooskrbe pacientov s KOPB

	Min	Max	AS	Me	SD	n
Bolezen je zmanjšala kakovost mojega življenja.	1	5	4,15	4	1,12	40
Opravljanje vsakodnevnih aktivnosti (pospravljanje, kuhanje ipd.) mi otežuje dihanje (kratka sapa).	1	5	3,98	4	1,19	40
Zaradi bolezni potrebujem pomoč pri vsakodnevnih opravilih (npr. kuhanje, pospravljanje).	1	5	3,35	4	1,42	40
Med počivanjem imam velikokrat težave z dihanjem.	1	5	3,05	3	1,47	40
Ponoči težko spim zaradi težkega dihanja.	1	5	2,78	3	1,25	40
Zaradi oteženega dihanja potrebujem pomoč pri umivanju.	1	5	2,63	2,50	1,44	40
Imam dovolj moči za izvajanje vseh zelenih aktivnosti.	1	5	2,58	2	1,28	40
Ponoči težko spim zaradi kašlja.	1	5	2,40	2	1,32	40
Zaradi oteženega dihanja potrebujem pomoč pri oblačenju.	1	5	2,08	1	1,38	40

Min = se ne strinjam, Max = se popolnoma strinjam, AS = aritmetična sredina, Me = mediana, SD = standardni odklon, n = število odgovarjajočih

Tabela 6 prikazuje, da so se anketirani v največji meri strinjali s trditvami, da je bolezen poslabšala kakovost njihovega življenja (AS = 4,15), da jim kratka sapa otežuje opravljanje vsakodnevnih aktivnosti (AS = 3,98) in da potrebujejo pomoč pri vsakodnevnih opravilih zaradi bolezni (AS = 3,35). Pri slednji trditvi so bili odgovori nehomogeni, kar nakazuje višji standardni odklon (SD = 1,42). Najmanj so se strinjali s trditvijo, da potrebujejo zaradi bolezni pomoč pri oblačenju (AS = 2,08). Manj se tudi strinjajo s trditvijo, da ponoči težko spijo zaradi kašlja (AS = 2,4) ali da bi zaradi bolezni potrebovali pomoč pri umivanju (AS = 2,63). Pri slednji trditvi obstajajo precejšnje razlike med pacienti (SD = 1,44). S trditvijo, da imajo težave z dihanjem med počivanjem, se anketirani srednje strinjajo (AS = 3,05). Med pacienti so precejšnje razlike v težavah z dihanjem med počivanjem, kar nakazuje visok standardni odklon (SD = 1,47).

Za izračun Cronbachovega koeficienta alfa smo trditev »Imam dovolj moči za izvajanje vseh zelenih aktivnosti« obrnili tako, da je ocena 5 pomenila oceno 1, ocena 4 oceno 2, ocena 2 oceno 4 in ocena 1 oceno 5. Tako so bile vse trditve vsebinsko podobnih vrednosti in je višja ocena pomenila slabšo zmožnost samooskrbe pri pacientu.

Cronbachov koeficient alfa kaže na ustrezno zanesljivost merjenja zmožnosti samooskrbe pacientov.

Tabela 7: Sprememba načina življenja

	Min	Max	AS	Me	SD	n
Odkar so me poučili o bolezni, redno jemljem zdravila.	1	5	4,50	5	0,85	40
Odkar so me poučili o bolezni, se izogibam težjim fizičnim naporom.	1	5	4,08	5	1,33	40
Odkar so me poučili o bolezni, sem prenehal/a s kajenjem.	1	5	4,05	5	1,28	40
Odkar so me poučili o bolezni, redno izvajam dihalne vaje.	1	5	3,90	4	1,15	40
Odkar so me poučili o bolezni, poznam simptome poslabšanja.	1	5	3,73	4	1,24	40
Odkar so me poučili o bolezni, se bolj redno gibam.	1	5	3,50	4	1,30	40
Odkar so me poučili o bolezni, se bolj zdravo prehranjujem.	1	5	3,33	3,50	1,25	40

Min = se ne strinjam, Max = se popolnoma strinjam, AS = aritmetična sredina, Me = mediana, SD = standardni odklon, n = število odgovarjajočih

V tabeli 7 vidimo, da so se pacienti strinjali s trditvami, da so po prejemu informacij o bolezni začeli redno jemati zdravila (AS = 4,5), se začeli izogibati fizičnim naporom (AS = 4,08) in prenehali s kajenjem (AS = 4,05). Pri slednjih dveh je prisotna heterogenost v odgovorih, kar nakazuje večji standardni odklon. Tudi v ostalih vidikih so pacienti v povprečju spremenili svoje življenje. Še najmanj sprememb je bilo narejenih na področju zdrave prehrane. Povprečno strinjanje s trditvijo o spremembi prehrane znaša 3,33.

Tabela 8: Psihično doživljanje bolezni

	Min	Max	AS	Me	SD	n
Težave z dihanjem so moj največji problem.	1	5	3,85	4	1,23	40
Težave z dihanjem me spravljajo v zadrego, saj pri osnovnih opravilih potrebujem več počitka in tako zanje porabim več časa.	1	5	3,28	4	1,54	40
Moji bližnji menijo, da sem zaradi bolezni težko samostojen/samostojna.	1	5	3,20	3	1,38	40
Moje dihanje in kašljanje motita moje bližnje.	1	5	2,78	3	1,40	40
Težave z napadi kašlja v družbi me spravljajo v zadrego, saj motim ostale.	1	5	2,68	3	1,47	40
Bolezen mi preprečuje druženje s prijatelji.	1	5	2,60	2,50	1,46	40

Min = se ne strinjam, Max = se popolnoma strinjam, AS = aritmetična sredina, Me = mediana, SD = standardni odklon, n = število odgovarjajočih

Tabela 8 kaže, da se pacienti najbolj strinjajo s trditvama, da so težave z dihanjem njihov največji problem (AS = 3,85) in da jih spravljajo v zadrego, ker potrebujejo pri osnovnih opravilih več počitka ter zanje porabijo več časa (AS = 3,28). Pri slednji trditvi so odgovori pacientov precej podobni (SD = 1,54). Najmanj se anketirani strinjajo s trditvijo, da jim bolezen preprečuje druženje s prijatelji (AS = 2,6).

Tabela 9: Ali poznate simptome in znake poslabšanje vaše bolezni?

Trditev	f	f %
Da	38	95
Ne	2	5
Skupaj	40	100

f = frekvenca, f % = delež

Tabela 9 prikazuje, da 38 pacientov trdi, da poznajo znake in simptome poslabšanja bolezni.

Tabela 10: Ali veste, kako ukrepati ob poslabšanju vaše bolezni?

Trditev	f	f %
Da	36	90
Ne	4	10
Skupaj	40	100

f = frekvenca, f % = delež

Tabela 10 kaže, da samo štirje od vprašanih pacientov trdijo, da ne vedo, kako ukrepati ob poslabšanju bolezni.

Tabela 11: Kateri izmed spodaj naštetih predstavljajo znake in simptome poslabšanja vaše bolezni?

	F	f %
Težka sapa	36	92,3
Kihanje	5	12,8
Bolečina v rokah	5	12,8
Izločanje sluzi med kašljanjem	26	66,7
Kašelj	31	79,5

f = frekvenca, f % = delež

V tabeli 11 lahko vidimo, da je med naštetimi znaki največ pacientov (92,3 %) izbralo težko sapo, 79,5 % kašelj in 66,7 % izločanje sluzi med kašljanjem. Ostala znaka, torej

kihanje in bolečino v rokah, ki ne predstavljata poslabšanja KOPB, je izbralo le 5 pacientov.

Tabela 12: Povezava med pravilnim prepoznavanjem znakov poslabšanja boleznin in starostjo

Znaki	n	Povprečje	SD	t	sp	p
Nepravilni	21	64,90	7,176	-1,44	37,00	0,157
Pravilni	18	68,44	8,140			

SD = standardni odklon, sp = stopnje prostosti

Tabela 12 kaže, ali se pacienti glede na poznavanje znakov boleznin razlikujejo po starosti.

Povprečna starost pacientov, ki pravilno prepoznajo znake boleznin, ki so navedeni v tabeli 11, je 68,44 leta in je nekoliko višja kot pri pacientih, ki niso pravilno navedli vseh znakov boleznin (povprečje = 64,9). Razlika med skupinama pacientov ni statistično značilna ($t = -1,44$; $p = 0,157$).

Tabela 13: Povezava med izobrazbo in prepoznanimi znaki boleznin.

		Izobrazba		Skupaj	χ^2	sp	p
		OŠ in poklicna šola	Srednja šola ali več				
Znaki	Nepravilni	f	11	10	3,73	1	0,054
		f %	52,4 %	47,6 %			
	Pravilni	f	4	14			
		f %	22,2 %	77,8 %			
Skupaj	f	15	24				
	f %	38,5 %	61,5 %				

sp = stopnje prostosti; f = frekvenca; f % = delež

V tabeli 13 je prikazano, ali obstaja povezava med poznavanjem znakov boleznin in izobrazbo.

Za preverjanje trditve smo uporabili test χ^2 . Čeprav je med pacienti, ki so pravilno prepoznali znake, 77,8 % takih s srednješolsko izobrazbo ali več, in med tistimi, ki niso prepoznali vseh znakov, le 47,6 % takih s srednješolsko izobrazbo ali več, pa razlika ni statistično značilna. Ker je p zelo blizu 0,05, bi morda povečanje vzorca dalo jasnejšo sliko o asociaciji.

Tabela 14: Razlika v oceni počutja po posamezni trditvi med pacienti, ki so pravilno navedli vse znake bolezni, in ostalimi

	Znaki	n	Povprečje	SD	t	sp	p
Težave z dihanjem so moj največji problem.	Nepravilni	21	3,62	1,244	-1,11	37	0,276
	Pravilni	18	4,06	1,211			
Težave z dihanjem me spravljajo v zadrego, saj pri osnovnih opravilih potrebujem več počitka in tako zanje porabim več časa.	Nepravilni	21	3,62	1,359	1,76	37	0,087
	Pravilni	18	2,78	1,629			
Težave z napadi kašlja v družbi me spravljajo v zadrego, saj motim ostale.	Nepravilni	21	2,95	1,431	1,61	37	0,117
	Pravilni	18	2,22	1,396			
Moje dihanje in kašljanje motita moje bližnje.	Nepravilni	21	2,81	1,327	0,44	37	0,659
	Pravilni	18	2,61	1,461			
Bolezen mi preprečuje druženje s prijatelji.	Nepravilni	21	2,67	1,461	0,60	37	0,552
	Pravilni	18	2,39	1,420			
Splošno počutje.	Nepravilni	21	3,13	0,93	1,04	37	0,305
	Pravilni	18	2,81	1,00			

Tabela 14 prikazuje, da imajo pacienti, ki pravilno prepoznajo vse znake bolezni, v povprečju nekoliko večje težave z dihanjem, a jih to ne ovira pri druženju oz. se zaradi tega ne počutijo v zadregi. Statistično značilnost razlik med pacienti smo preverili s t-testom. Razlika med skupinama ni statistično značilna pri nobeni od trditev. Tvorili smo tudi sestavljeno spremenljivko počutja kot povprečje trditev in preverili razliko med skupinama s t-testom. Rezultati pokažejo, da ni statistično značilnih razlik v splošnem počutju med skupinama.

Tabela 15: Povezava med spolom in prepoznanimi znaki bolezni.

		Spol		Skupaj	χ^2	sp	p	
		Moški	Ženski					
Znaki	Nepravilni	f	9	12	5,35	1	0,002	
		f %	42,9 %	57,1 %				100,0 %
	Pravilni	f	1	17				18
		f %	5,6 %	94,4 %				100,0 %
Skupaj		f	10	29	39			
		f %	25,6 %	74,4 %	100,0 %			

sp = stopnje prostosti, f = frekvenca, f % = delež

Tabela 15 kaže povezavo med spolom in prepoznanimi znaki bolezni. Za preverjanje trditve smo uporabili test χ^2 z Yatesovo korekcijo, ker je bila pričakovana frekvenca v eni izmed celic nižja od 5. Test χ^2 pokaže, da obstaja statistično značilna asociacija med

spolom in prepoznavanjem znakov. Med posamezniki, ki znake pravilno prepoznajo, je statistično značilno višji delež žensk kot moških.

3.5 RAZPRAVA

Anketa, ki smo jo opravili, je potrdila nekatere izmed trditev, ki smo jih našli v strokovni literaturi.

V anketi, ki smo jo izvedli, je sodelovalo 40 pacientov s KOPB, ki so bili v času izvajanja ankete hospitalizirani v Kliniki Golnik. Odgovarjalo je več moških, kar potrjuje dejstvo, da ima diagnozo KOPB več moških. Franchi (2007) navaja, da število pacientk narašča, tako da bi ob ponovitvi ankete čez nekaj let lahko bilo to razmerje spremenjeno. Povprečna starost anketirancev je bila 66,8 leta, kar lahko nakazuje na to, da starejši ljudje težje skrbijo zase in posledično kasneje opazijo znake poslabšanja, zato jih je več hospitaliziranih zaradi poslabšanja bolezni. V povprečju so imeli anketirani pacienti postavljeno diagnozo KOPB sedem let. Približno polovica vprašanih je na vprašanje o zdravstvenem stanju odgovorila, da ni niti dobro niti slabo, ampak nekaj srednjega. Če bi anketo izvajali na domu, bi bili podatki o zdravstvenem stanju najbrž drugačni. Vsi vprašani namreč trenutno niso občutili nobenih težav.

Komunikacija s pacientom je pomembna. Če dobiva le navodila, ne da bi lahko kar koli vprašal, je njegov občutek nemoči zagotovo večji. Pomembno je, da zdravnik pojasni, kakšen je potek bolezni, kaj bo novega in čemu se bo moral odreči (Rakovec Felser, 2009). Na prvo raziskovalno vprašanje, kje in od koga so pacienti največ izvedeli o svoji bolezni, je večina odgovorila, da so dobili največ informacij od zdravnika (kar 34 vprašanih, kar je 85 %). Veliko jih je znanje pridobilo tudi na šoli za paciente s KOPB, in sicer kar 67,5 %. To pomeni, da šola za paciente s KOPB dosega svoj namen, in to je izobraževanje za lažje življenje doma. Malo anketirancev pa se je o bolezni pozanimalo v knjigah, medijih in na internetu, in sicer samo 17 % vseh vprašanih. Sossai in sodelavci (2011) v svoji raziskavi, kjer so anketirali osebe, stare od 50 do 85 let z diagnozo KOPB, ugotavljajo, da anketirani z izobraževanjem, kako živeti z boleznijo, niso bili zadovoljni. Šest od osmih je povedalo, da so bile informacije težko razumljive

in omejene. V raziskavi, ki so jo opravili Hernandez in sodelavci (2009) v Kanadi preko telefona, je večina vprašanih (71 %) odgovorila, da jih je zdravstveno osebje poučilo o simptomih njihove bolezni. V anketi je sodelovalo 437 pacientov z boleznijo KOPB, vendar je raziskavo končalo samo 389 anketirancev. Vključena sta bila oba spola v starosti nad 65 let. V Kliniki Golnik je na vprašanje, ali bi lahko boljše skrbeli za svoje zdravstveno stanje, če bi imeli stalno na razpolago zdravstveno osebje, pozitivno odgovorilo samo 13 vprašanih, to je 32,5 %.

Peternej (2009) navaja, da je pomoč pacientu, ki živi doma, usmerjena predvsem v prilagajanje na vsakdan z boleznijo, malo pa je znanega o vplivu na kakovost življenja pacienta. Odgovori na drugo raziskovalno vprašanje, ki se nanaša na zmožnost samooskrbe pacienta s KOPB, so pokazali, da anketiranci občutijo težje izvajanje vsakodnevnih aktivnosti, kot sta pospravljanje in kuhanje. Največ vprašanih se je strinjalo s trditvijo, da jim opravljanje vsakodnevnih gospodinjskih opravil otežuje dihanje (kratka sapa). 47,5 % se jih je strinjalo s tem, da imajo tudi med počivanjem težave z dihanjem. 37 vprašanih (82,5 %) je na raziskovalno vprašanje, ali je bolezen zmanjšala kakovost njihovega življenja, odgovorilo pozitivno, od tega jih je 12 povedalo, da nimajo dovolj moči za opravljanje zelenih aktivnosti. Tudi podatki, zbrani v kanadski raziskavi, so pokazali, da pacienti s KOPB težje živijo, odkar so zboleli, saj težje opravljajo domača opravila. Ovirata jih kašelj in zasoplost, ki se pojavljata tekom celega dneva. Bolezen jim otežuje gibanje in rekreacijo. Po več letih bolezni so opazili vpliv že ob gospodinjskih opravilih, družinskih dejavnostih in spanju (Hernandez, et al., 2009). Öhman in sodelavke (2006) so predstavile raziskavo, v kateri so intervjuvale pet žensk in pet moških, ki se soočajo z različnimi oblikami kroničnih bolezni (rakom pljuč in nevrološkim, revmatološkim ali ledvičnimi boleznimi). Svoje rezultate so predstavile v treh tematskih sklopih: občutenje telesa kot ovire, osamljenost v bolezni in borba za normalizacijo razmer. Izjave v intervjujih nakazujejo, da živeti s kronično boleznijo pomeni življenjsko izkušnjo, ki poteka med vztrajanjem in trpljenjem ter vsebuje tudi preoblikovanje lastne osebnosti. Rezultati so pokazali, da je življenje s kronično boleznijo izčrpalo večino pacientovih moči. V pogovorih sta prisotna občutek življenja v negotovosti in potreba po nečem več, kot je le medicinska obravnava. Udeleženci intervjuja so v prvem sklopu (občutenje telesa kot ovire) povedali, da so

občutili pomanjkanje moči. Težko so izvajali najosnovnejše aktivnosti (spanje, prehranjevanje, gledanje televizije). Povedali so še, da jih je bolezen prisilila v omejeno življenje.

Anketirani v Kanadi, ki so imeli diagnozo KOPB, se strinjajo, da zaradi poslabšanega fizičnega stanja težje opravljajo lažja domača opravila in potrebujejo pomoč. Povedali so, da si med opravljanjem opravil večkrat vzamejo premor in tako potrebujejo manj pomoči (Hernandez, et al., 2009). Raziskava v Kliniki Golnik je pokazala, da pacientom pomagajo svojci. Več kot polovica (57,5 %) pacientov navaja, da potrebujejo pomoč pri vsakodnevni opravilih. Zbrani podatki kažejo na to, da pacienti težko skrbijo sami zase in potrebujejo vsakodnevno pomoč. Na raziskovalno vprašanje, kako so pacienti spremenili način izvajanja življenjskih aktivnosti po poučevanju, so nam odgovorili, da si večkrat vzamejo počitek in da jim na pomoč priskočijo svojci. Poučevanje o bolezni je večino naših anketirancev pripravilo do tega, da so prenehali z razvado kajenja, kar je pričakovan rezultat. Samo 12 % vprašanih še vedno kadi, kar lahko pripišemo dobri zdravstveni vzgoji. Podatek nakazuje na to, da so naši pacienti v večini pripravljene sodelovati pri svojem zdravljenju in želijo biti aktivni. Kajenje je eden izmed glavnih dejavnikov za nastanek KOPB. Za upočasnitev napredka bolezni je ravno prenehanje s kajenjem prvi ukrep pri zdravljenju KOPB. Sossai in sodelavci (2011) pišejo, da so vsi anketiranci odnehali s kajenjem. En del vprašanih je povedal tudi, da bi s kajenjem prenehali že v mladosti, če bi se zavedali, s kakšnim zdravstvenim stanjem se bodo morali soočiti kasneje. Ena izmed udeleženk pa ne glede na vse informacije ne verjame, da je kajenje vplivalo na njeno bolezen, saj pravi, da so vsi v očetovi družini imeli KOPB. Pri nas poučevanje očitno zaleže, saj je velika večina (87,5 %) na raziskovalno vprašanje, ali redno jemljejo zdravila, odkar poznajo svojo bolezen, odgovorila pritrdilno. To je zelo dober podatek, saj pravilna in redna raba zdravil zmanjšujeta pogostost poslabšanj. 18 vprašanih pravi, da se ne gibajo redno. Čeprav vedo, da bi to dobro vplivalo na njihovo bolezen, se tega ne držijo. Pri marsikaterem je razlog tudi v drugih zdravstvenih težavah (bolečine v nogah, poleg KOPB tudi druge bolezni). Polovica pacientov ve, da lahko z zdravo prehrano vpliva na bolezen in se tega tudi drži. Norman (2008) navaja, da pravilna prehranjenost zmanjšuje poslabšanje bolezni in izboljša kvaliteto življenja. Hernandez in sodelavci (2009) pišejo, da je 20 %

sodelujočih v njihovi telefonski raziskavi odgovorilo, da ima prenehanje s kajenjem pozitiven učinek na napredek bolezni. Zavedajo se, da je bolezen posledica nezdravih navad, vendar so sprijaznjeni s tem, da je škoda že narejena. Glede učinkovitih dejavnikov, ki tudi preprečujejo poslabšanje KOPB, jih je 21 % odgovorilo, da je učinkovito jemanje zdravil. 15 % jih meni, da je izogibanje napornim dejavnostim učinkovit dejavnik za preprečevanje poslabšanja. V raziskavi avtoric Sossai, et al. (2011) so vsi anketirani doživeli številne simptome, povezane s KOPB (kašelj, težko dihanje in motnje spanja), zaradi simptomov pa se tudi manj ukvarjajo s športom.

Rakovec Felser (2009) navaja, da kronična obolenja zaradi hospitalizacij iztrgajo posameznika iz objema domačih in ovirajo poklicno pot življenja. Občutek sramu in manjvrednosti privede do tega, da se pacient začne izogibati družbi. Odgovori na raziskovalno vprašanje, ki se nanaša na samopodobo pacientov, kažejo, da se 52,5 % pacientov ne strinja s trditvijo, da bi imeli bližnji mnenje, da so nesamostojni zaradi bolezni. Kot največji problem opredeljuje dihanje (10 vprašanih pacientov). Odgovori na vprašanje, ali imajo težave s socializacijo, so pokazali, da naši pacienti s tem nimajo težav. Le malo se jih je strinjalo, da jih napadi kašlja v družbi spravlja v zadrego, ker naj bi s tem motili ostale, neopredeljenih pa je bilo osem oseb. To je dobro, saj odmik od družbe vodi v osamljenost in tesnobo. Da kašelj in težko dihanje motita bližnje, se je strinjala manj kot polovica. 13 jih je potrdilo, da jim bolezen preprečuje druženje z ostalimi. 17,5 % jih je bilo pri tej trditvi neopredeljenih, kar bi lahko pomenilo, da si ne želijo priznati ali ne razmišljajo o tem, kako bolezen vpliva na njihovo socialno plat. Öhman in sodelavci (2006) so raziskali, da je bilo pacientom s kronično boleznijo zelo težko, ko so se srečali z ljudmi, ki so izkazovali pomanjkanje razumevanja. Počutili so se ponižane. Na področju čustvenega počutja so navajali izgubo neodvisnosti in občutek sramu ter zadrege. Kar šest pacientov je navajalo depresijo zaradi svoje bolezni. Na področju družbenih odnosov je bil pri šestih zaznan vpliv na druženje s prijatelji zaradi zadrege, strahu in omejitev. Intervjuvani so poročali, da jim družina in določeni prijatelji stojijo ob strani in jim pomagajo pri vsakodnevnih aktivnostih. Eden izmed udeležencev zaradi kašlja v javnosti čuti sram in zato zdaj ob poslabšanju raje ostaja doma (Sossai, et al., 2011).

Pri raziskovalnem vprašanju, kako dobro pacienti poznajo simptome poslabšanja KOPB, smo prišli do ugotovitve, da pacienti menijo, da so dobro poučeni o bolezni. Samo 5 % (dva izmed vseh vprašanih) jih je odgovorilo, da ne poznajo simptomov in znakov poslabšanja, so pa štirje odgovorili, da ne znajo ukrepati ob poslabšanju bolezni. To vsekakor je pomemben podatek, ki lahko nakazuje na to, da pacienti lahko resno ogrozijo svoje zdravstveno stanje, če se ob poslabšanju ne bodo odpravili k zdravniku. Hernandez in sodelavci (2009) pišejo, da jih večina (98 %) meni, da imajo dobro znanje o KOPB. 44 % vprašanih je menilo, da lahko njihova lastna dejanja povzročijo poslabšanje KOPB.

Zadnje raziskovalno vprašanje je pokazalo, da v večini pacienti vedo, kateri znaki pomenijo poslabšanje bolezni. Kjer so bili naštetih znaki in simptomi ter je bilo treba obkrožiti tiste, ki predstavljajo poslabšanje KOPB, je največ pacientov (92,3 %) izbralo težko sapo, 79,5 % kašelj in 66,7 % izločanje sluzi med kašljanjem. Ostala znaka, torej kihanje in bolečina v rokah, ki ne predstavljata poslabšanja KOPB, je izbralo le 5 pacientov, kar lahko štejemo za dober rezultat.

Omejitve raziskave

V bodoče bi lahko raziskavo razširili na več sodelujočih in tako dobili še bolj podroben vpogled v zmožnost samooskrbe. Sodelovala je pretežno starejša populacija. Sodelujoči bi lahko bili tudi mlajši in bolj aktiven del prebivalstva, pri katerem bi lahko ocenjevali tudi vpliv KOPB na službo. Raziskava je bila opravljena le v eni zdravstveni ustanovi, lahko pa bi jo razširili tudi na druge, kjer se ne izvaja šola za poučevanje bolnikov s KOPB, kar bi nam dalo še boljši podatek o tem, kakšen vpliv ima učenje na večjo zmožnost samooskrbe.

4 ZAKLJUČEK

V teoretičnem delu smo s pomočjo pregleda strokovne literature spoznali, da kronične pljučne bolezni zelo vplivajo na kakovost življenja in ga spremenijo.

Bolezen je neprijetna. Toliko bolj je občutek slabši, če je bolezen kronična, saj nam obrne življenje v drugo smer. Pomembno je, da se tega zavedamo tudi zdravstveni delavci in pacientom stojimo ob strani, jih podpiramo ter učimo, kako naprej skozi življenje.

Na nastanek KOPB v največji meri vpliva kajenje, ki je odločitev posameznika. Ko pride do KOPB, si marsikateri pacient očita in mu je žal, da ga je kdaj premamil vonj cigaret. Dovolj je že njihovo obžalovanje, zato jim moramo takrat ostali, zdravstveni delavci ali svojci, stopiti naproti in jim pomagati. Tudi če je bila kakšna odločitev v preteklosti napačna, jim lahko pomagamo, da bo prihodnost lepša in odločitve boljše. Pomembno je, da pacienti ne obupajo nad sabo in kljub kronični bolezni skrbijo zase, se gibajo in zdravo prehranjujejo. To jim lahko lepša dni in navsezadnje zaustavi potek bolezni ter podaljša življenje.

Raziskava je pokazala, da pacienti težje poskrbijo za vsakodnevne opravke. Zagotovo je ta delež še večji, vendar mogoče nekateri niso tega priznali, ker ne želijo priznati, da potrebujejo pomoč. Občutek nemoči jih lahko potisne še dlje oz. v depresijo, zato je izrednega pomena, da pacienti ne ostanejo sami, temveč jim nekdo prisluhne.

Ob morebitni ponovitvi raziskave bi se še bolj posvetili področju samooskrbe, in sicer bi raziskali, kaj točno so pacienti sami zmožni narediti in kaj ne. Zanimivo bi bilo izvesti intervjuje s posamezniki in tako bolj doživeti njihovo bolezen, življenje s KOPB in njihove občutke.

Menimo, da je poučevanje bolnikov s KOPB v Kliniki Golnik uspešno in so pacienti zadovoljni s slišanim, saj se naučijo marsikaj novega in koristnega. Na področju preventive je že kar veliko narejenega. Sploh o škodljivosti kajenja se v zadnjem času

kar veliko govori. KOPB je mogoče malo zanemarjena, saj večina ljudi še vedno ne pozna te bolezni, zato je pomembno, da se o njej govori še več, ljudi pa poučuje o njenem vplivu na življenje.

5 LITERATURA

Ahačič, M. & Benedik, B., 2008. Vpliv učenja na pravilnost postopka jemanja inhalacijske terapije. In: S. Kadivec, ed. *4. slovenski pneumološki in alergološki kongres 2008: zbornik predavanj, Portorož, 14. – 15. september 2008*. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 5 - 9.

Ajnik, U. & Lorber, M., 2011. Vpliv Parkinsonove bolezni na kakovost življenja bolnika. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(3), pp. 206-207.

Bolčević, S., 2010. *Aplikacija teorije D. E. Orem pri zmerno duševno manj razviti osebi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Bratkovič, M., 2007. Pouk pacienta s kronično obstruktivno pljučno boleznijo, šola KOPB v bolnišnici Golnik – KOPA. In: M. Špelič & B. Bregar, eds. *Program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Šola za obstruktivne bolezni pljuč*. Golnik: Univerzitetna klinika Golnik, p. 78.

Bratkovič, M., 2009. Zdravstvena nega bolnika s kroničnim popuščanjem dihanja pri kronični obstruktivni pljučni bolezni. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak & D. Klemenc, eds. *8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: zbornik prispevkov z recenzijo, Maribor, 12.-14. maj 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic.

Bratkovič, M., 2011. Zdravstvena vzgoja bolnika s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. In: *Modul: astma; KOPB; alergijski rinitis*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 49-53.

Bratkovič, M., Benedik, B. & Šuškovič, S., n.d. *Življenje s kronično obstruktivno pljučno boleznijo*. Golnik: Bolnišnica Golnik.

Cenčič M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, p. 49.

Coronini-Cronberg, S., Heffernan, C. & Robinson, M., 2011. *Effective smoking cessation interventions for COPD patients: a review of the evidence*. [online] Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3205559/> [Accessed 24 August 2015].

Franchi, M., 2007. *Evropski manifest bolnikov s KOPB*. [online] Available at: http://www.dpbs.si/upload/12912147084cf65f74ab6ae_Manifest_KOPB.pdf [Accessed 24 September 2015].

Freitas, M.C. & Mendes, M.M.R., 2007. *Chronic health conditions in adults: concept analysis*. [online] Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400011 [Accessed 27 August 2015].

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2007. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. [online] Available at: <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.200703-456SO> [Accessed 13 October 2015].

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Hernandez, P., Balter, M., Bourbeau, J. & Hodder, R., 2009. *Living with chronic obstructive pulmonary disease: A survey of patients knowledge and attitudes*. [pdf] Available at: <http://search.proquest.com/health/docview/1035127999/fulltextPDF/142843F6BCA4C4FF71C/7?accountid=31008> [Accessed 22 December 2013].

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

International council of nurses, 2010. *Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care*. [online] Available at: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf> [Accessed 14 August 2015].

Kadivec, S., & Košnik, M., 2006. Kako doseči partnersko sodelovanje s pacientom z astmo. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), pp. 215-222.

Kadivec, S., 2011. Zdravstvena nega. In: K. Sušnik, ed. *Včeraj danes jutri: 90 let klinike Golnik: zbornik. Golnik, 2011*. Golnik: Klinika Golnik, pp. 17-21.

Kadivec, S. & Bratkovič, M., 2015. Uporaba teorije D. Orem v zdravstveni oskrbi bolnika s kronično pljučno boleznijo. In: S. Pivač, B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & S. Kalender Smajlović, eds. *9. šola za klinične mentorje: Teorije in modeli zdravstvene nege. Kako jih uporabiti na kliničnih problemih?, 17. september, Jesenice*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 93-98.

Klavs, J., 2010. Oskrba bolnika s sladkorno boleznijo na primarni ravni. In: Klavs, J. & Žargaj, B., eds. *Oskrba bolnika s sladkorno boleznijo na primarni ravni: zbornik predavanj: strokovni seminar, 22. in 23. oktober, Moravske toplice*. Zbornica babiške in zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije v endokrinologiji, pp. 2-5.

Kopčavar-Guček, N., 2009. Vodenje bolnika s KOPB v ambulanti zdravnika družinske medicine. In: Z. Klemenc-Ketiš & M. Drešček, eds. *IX. Kokaljevi dnevi, Hipertenzija pri bolniku s sladkorno boleznijo, BHP in urgentna stanja v urologiji, kakovost življenja s KOPB, nevropatska bolečina, bipolarna motnja in fitoterapija: zbornik predavanj, Kranjska Gora, 3. in 4. april 2009*. Kranjska Gora: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, p. 21.

Košnik, M., 2005. Nefarmakološki ukrepi pri zdravljenju astme in KOPB. *Farmaceutski vestnik*, 56(5), pp. 151-152. [pdf] Available at: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-L5M9SVG3/> [Accessed 24 September 2015].

Kozina A.D. & Grahovec, N., 2008. Bolnik s KOPB in prehrana – ali mu znamo svetovati? In: S. Kadivec, ed. *4. slovenski pneumološki in alergološki kongres 2008: zbornik predavanj, Portorož, 14. – 15. september 2008*. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, p. 21.

Kresnik Gabršček, D., 2013. *Edukacija pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo o inhalacijski terapiji: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Lipar, T., 2012. *Kronične nenalezljive bolezni*. [online] Available at: <http://www.instantonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1232> [Accessed 24 September 2015].

Norman, K., Pichard, C., Lochs, H. & Pirlich, M., 2008. *Prognostic impact of disease-related malnutrition*. [online] Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18061312> [Accessed 25 September 2015].

Öhman, M., Söderberg, S. & Lundman, B., 2006. Med trpljenjem in vztrajanjem: pomen življenja s hudo kronično boleznijo. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(2), pp. 114-120.

Pearson, A., Vaughan, B. & FitzGerald, M., 2005. The self-care model for nursing. In: A. Pearson, B. Vaughan & M. FitzGerald, eds. *Nursing models for practice*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier, pp. 103-110.

Perdija, Ž., 2011. Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) pri starostnikih. In: M. Smolinger – Galun, ed. *Obravnava starostnika s kronično pljučno boleznijo*.

Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 9 – 13.

Petek Šter, M., 2012. Epidemiologija in smernice zdravljenja kroničnih bolezni. *Farmaceutski vestnik*, (4), p. 209. [pdf] Available at: http://www.sfd.si/modules/catalog/products/prodfile/fv_4_2012_copy1.pdf [Accessed 12 April 2014].

Peternej, A., 2009. Življenje z bolnikom s kronično boleznijo. In: S. Kadivec, ed. *Golniški simpozij 2009, Zdravstvena obravnava bolnika z obstruktivno boleznijo pljuč in cistično fibrozo*. Golnik: Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 14-19.

Qaseem, A., Wilt, T., Weinberger, S., Hanania, N., Criner, G. & Van der Molen, T., 2011. *Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of physicians, American College of chest physicians, American thoracic society, and European respiratory society*. [online] Available at: <http://annals.org/article.aspx?articleid=479627> [Accessed 12 April 2014].

Rakovec-Felser, Z., 2009. *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja*. Maribor: Založba Pivec.

Redman, B., 2005. The etics of self-management preparation for chronic illness. *Nursing ethics*. 12(4), pp. 360-369.

Sever, M. & Vidovič, D., 2007. Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB). *Medicinski mesečnik*, 3(2), p. 77.

Slovar slovenskega knjižnega jezika. [online] Available at: http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=kroni%C4%8Dni&hs=1 [Accessed 25 September 2015].

Softič, N., Smogavec M., Klemenc – Ketiš, Z. & Kersnik, J., 2011. Ocena pogostosti kroničnih bolezni med polnoletnimi prebivalci Slovenije. *Zdravstveno varstvo*, 50(4), p. 186.

Sossai, K., Gray, M. & Tanner, B., 2011. *Living with chronic obstructive pulmonary disease: experiences in northern regional Australia*. [pdf] Available at: <http://baze.vszn-je.si:2752/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=a2868990-bbd7-49f4-a1ef-0cb7fc2a9252%40sessionmgr4002&hid=4101> [Accessed 12 April 2014].

Svetovna zdravstvena organizacija, 2006. *Strategija za preprečevanje kroničnih bolezni v Evropi. Dejavnosti na področju javnega zdravja, Vizija CINDI*. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana.

Šifrer, F. 2015. Zdravljenje s kisikom. *Modul; astma; KOPB; alergijski rinitis*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 86-88.

Škrgat Kristan, S., Šifrer, F., Kopčavar Guček, N., Osolnik, K., Eržen, R. & Fležar, M., 2009. Stališča do obravnave akutnega poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni (aeKOPB). *Zdravstveni vestnik*, 78(1), pp. 19-32.

Špelič, M., 2009. Vloga medicinske sestre v multidisciplinarnem timu pri bolnikih s presajenimi pljuči. In: S. Grmek Ugovšek, M. Hrvatina & S. Ulrih Zabukovec, eds. *Cistična fibroza: zbornik predavanj, Golnik, Bolnišnica Golnik, 7. marec 2009, Podčetrtek, Terme Olimia, 6. in 7. junij 2009*. Ljubljana: Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije, Sekcija za cistično fibrozo, p. 40.

Štemberger – Kolnik, T. & Klemenc, D., 2010. Stroka zdravstvene nege ob mednarodnem dnevu medicinskih sester zagotavlja varnost in uvaja novosti. In: T. Štemberger – Kolnik & Majcen – Dvoršak, S., eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije: zbornik predavanj z recenzijo, Portorož, 12. maj 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 5-6.

Šuškovič, S., 2005. *KOPB - Kronična obstruktivna pljučna bolezen: priročnik za bolnike*. Postojna: Čukgraf.

Šuškovič, S. & Škrbat Kristan, S., 2011. Obstruktivne bolezni pljuč (astma in KOPB). In: K. Sušnik, ed. *Včeraj danes jutri: 90 let klinike Golnik: zbornik*. Golnik, 2011. Golnik: Klinika Golnik, p. 20.

Trobec, I., 2010. Kronične bolezni – izziv za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(1), pp. 1-2.

Trobec, K., 2004. Zdravstvena nega bolnika s srčnim popuščanjem v bolnišnici. In: L. Marinč & M. Mazi, eds. *Medicinska sestra ob bolniku s srčnim popuščanjem, Velenje, 12. –13. november 2004*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 34 – 37.

Turel, M., 2009. KOPB – obravnava in zdravljenje. In: Z. Klemenc-Ketiš & M. Drešček, eds. *IX. Kokaljevi dnevi, Hipertenzija pri bolniku s sladkorno boleznijo, BHP in urgentna stanja v urologiji, kakovost življenja s KOPB, nevropatska bolečina, bipolarna motnja in fitoterapija: zbornik predavanj, Kranjska Gora, 3. in 4. april 2009*. Kranjska Gora: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, p. 33.

Voljč, B., 2008. Kaj so kronične nenalezljive bolezni in kaj lahko storimo za njihovo preprečevanje, nadziranje in zdravljenje? *Kakovostna starost*, 11(1), p. 8.

Vrankar, K., 2008. Pripravljenost pacienta na odpust. In: S. Kadivec, ed. *4. slovenski pneumološki in alergološki kongres 2008: zbornik predavanj, Portorož, 14. – 15. september 2008*. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 45 – 46.

White, L., M., 2013. *Spirituality Self-care Effects on Quality of Life for Patients Diagnosed with Chronic Illness*. [pdf] Available at:

<http://connection.ebscohost.com/c/articles/89561210/spirituality-self-care-effects-quality-life-patients-diagnosed-chronic-illness> [Accessed 25 April 2014].

Zadnik, B. 2008. Kajenje in KOPB – opustitev in svetovanje. In: S. Kadivec S, ed. *4. slovenski pneumološki in alergološki kongres 2008: zbornik predavanj, Portorož, 14 – 15. september 2008*. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, p. 121.

Zurc, J., Torkar, T., Bahun, M. & Ramšak – Pajk, J., 2010. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: B. Skela Savič, B. M. Kaučič, B. Filej, K. Skinder Savič, M. Mežik Veber, K. Romih, S. Pivač, J. Zurc, A. Prebil & M. Bahun, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Železnik, D., 2010. Self-care behavior styles and the functional ability of elderly people living in their home environment. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(1), pp. 3-11.

Župec, M. & Lorber, M., 2006. Kajenje v povezavi s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(2), p. 170.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani,

Moje ime je Jerneja Šuler in sem absolventka Fakultete za zdravstvo Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom ZMOŽNOST SAMOOSKRBE PRI PACIENTU S KRONIČNO PLJUČNO BOLEZNIJO in prosim za vaše sodelovanje.

Vljudno vas prosim, da odgovorite na spodnji anketni vprašalnik. Vsi podatki, pridobljeni s to anketo, so anonimni in bodo uporabljeni izključno za potrebe diplomskega dela.

Za sodelovanje se vam že vnaprej iskreno zahvaljujem.

Jerneja Šuler

OBKROŽITE ODGOVOR.

1. Spol:

- a) Ženski
- b) Moški

2. Starost: ____ let.

3. Izobrazba:

- a) Osnovna šola
- b) Poklicna šola
- c) Srednja izobrazba
- d) Višja ali visoka izobrazba
- e) Univerzitetna izobrazba ali več

4. Koliko časa že imate postavljeno diagnozo kronične pljučne bolezni?
- a) Manj kot eno leto: _____ mesecev
- b) _____ let
5. Kakšno je trenutno vaše zdravstveno stanje:
- a) 1 (zelo slabo)
- b) 2 (slabo)
- c) 3 (niti dobro niti slabo)
- d) 4 (dobro)
- e) 5 (zelo dobro)
6. Spodaj so našteje trditve. Prosim, obkrožite stopnjo strinjanja tako, da obkrožite številko, pri tem pa upoštevajte lestvico 1 (se sploh ne strinjam), 2 (se ne strinjam), 3 (sem neopredeljen), 4 (se strinjam) in 5 (se popolnoma strinjam).

TRDITEV	SE SPLOH NE STRINJAM	SE NE STRINJAM	SEM NEOPREDELJEN	SE STRINJAM	SE POPOLNOMA STRINJAM
O moji bolezni mi je največ povedal zdravnik.	1	2	3	4	5
O moji bolezni so mi največ povedali v šoli KOPB.	1	2	3	4	5
O moji bolezni sem se največ naučil/a sam/a, iz revij, knjig, informacij na spletu.	1	2	3	4	5
Za svoje zdravstveno stanje bi lahko bolje skrbel/a, če bi imel/a stalno na voljo zdravnika/ medicinsko sestro, ki bi mi znala svetovati.	1	2	3	4	5

7. Spodaj so našteje trditve. Prosim, obkrožite stopnjo strinjanja tako, da obkrožite številko, pri tem pa upoštevajte lestvico 1 (se sploh ne strinjam), 2 (se ne strinjam), 3 (sem neopredeljen), 4 (se strinjam) in 5 (se popolnoma strinjam).

TRDITEV	SE SPLOH NE STRINJAM	SE NE STRINJAM	SEM NEOPREDELJEN	SE STRINJAM	SE POPOLNOMA STRINJAM
Opravljanje vsakodnevni aktivnosti (pospravljanje, kuhanje...) mi otežuje dihanje (kratka sapa).	1	2	3	4	5
Med počivanjem imam velikokrat težave z dihanjem.	1	2	3	4	5
Bolezen je zmanjšala kakovost mojega življenja.	1	2	3	4	5
Imam dovolj moči za izvajanje vseh zelenih aktivnosti.	1	2	3	4	5
Ponoči težko spim zaradi kašlja.	1	2	3	4	5
Pomoči težko spim zaradi težkega dihanja.	1	2	3	4	5
Zaradi bolezni potrebujem pomoč pri vsakodnevni opravilih (npr. kuhanje, pospravljanje).	1	2	3	4	5
Zaradi oteženega dihanja potrebujem pomoč pri umivanju.	1	2	3	4	5
Zaradi oteženega dihanja potrebujem pomoč pri oblačenju.	1	2	3	4	5

8. Spodaj so našteje trditve. Prosim, obkrožite stopnjo strinjanja tako, da obkrožite številko, pri tem pa upoštevajte lestvico 1 (se sploh ne strinjam), 2 (se ne strinjam), 3 (sem neopredeljen), 4 (se strinjam) in 5 (se popolnoma strinjam).

TRDITEV	SE SPLOH NE STRINJAM	SE NE STRINJAM	SEM NEOPREDELJEN	SE STRINJAM	SE POPOLNOMA STRINJAM
Odkar so me poučili o bolezni, sem prenehal/a s kajenjem.	1	2	3	4	5
Odkar so me poučili o bolezni, se bolj redno gibam.	1	2	3	4	5
Odkar so me poučili o bolezni, vem, kaj vpliva na poslabšanje bolezni.	1	2	3	4	5
Odkar so me poučili o bolezni, poznam simptome poslabšanja.	1	2	3	4	5
Odkar so me poučili o bolezni, se bolj zdravo prehranjujem.	1	2	3	4	5
Odkar so me poučili o bolezni, se izogibam težjim fizičnim naporom.	1	2	3	4	5
Odkar so me poučili o bolezni, redno jemljem zdravila.	1	2	3	4	5
Odkar so me poučili o bolezni, redno izvajam dihalne vaje.	1	2	3	4	5

9. Spodaj so našteje trditve. Prosim, obkrožite stopnjo strinjanja tako, da obkrožite številko, pri tem pa upoštevajte lestvico 1 (se sploh ne strinjam), 2 (se ne strinjam), 3 (sem neopredeljen), 4 (se strinjam) in 5 (se popolnoma strinjam).

TRDITEV	SE SPLOH NE STRINJAM	SE NE STRINJAM	SEM NEOPREDELJEN	SE STRINJAM	SE POPOLNOMA STRINJAM
Moji bližnji menijo, da sem zaradi bolezni težko samostojen / samostojna.	1	2	3	4	5
Težave z dihanjem so moj največji problem.	1	2	3	4	5
Težave z dihanjem me spravljajo v zadrego, saj pri osnovnih opravilih potrebujem več počitka in tako zanje porabim več časa.	1	2	3	4	5
Težave z napadi kašlja v družbi me spravljajo v zadrego, saj motim ostale.	1	2	3	4	5
Moje dihanje in kašljanje motita moje bližnje.	1	2	3	4	5
Bolezen mi preprečuje druženje s prijatelji.	1	2	3	4	5

OBKROŽITE ODGOVOR:

10. Ali poznate simptome in znake poslabšanja vaše bolezni?

- a) Da.
- b) Ne.

11. Ali veste, kako ukrepati ob poslabšanju vaše bolezni?

- a) Da.
- b) Ne.

12. Kateri izmed spodaj naštetih predstavljajo znake in simptome poslabšanja KOPB?
(možnih je več odgovorov)

- a) Težka sapa.
- b) Kihanje.
- c) Bolečina v rokah.
- d) Izločanje sluzi med kašljanjem.
- e) Kašelj.

Hvala za sodelovanje!